



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAISSA MONT' ALVERNE BARRETO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ A PARTIR DO QUALIAB**

SOBRAL-CE

2019

RAISSA MONT' ALVERNE BARRETO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ A PARTIR DO QUALIAB**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Izabelle Mont' Alverne
Napoleão Albuquerque

SOBRAL-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B264a Barreto, Raissa Mont' Alverne.

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, Ceará a partir do QualiAB /
Raissa Mont' Alverne Barreto. – 2019.

190 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família, Sobral, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont' Alverne Napoleão Albuquerque.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atenção à saúde. I. Título.

CDD 610

RAISSA MONT' ALVERNE BARRETO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ A PARTIR DO QUALIAB**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izabelle Mont' Alverne Napoleão Albuquerque

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Izabelle Mont' Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Federal do Ceará (UFC)
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Federal do Ceará - UFC
(Examinador Interno)

Prof^a Dr^a Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
(Examinadora Externa)

Prof^a Dr^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)
(Membro Suplente)

“Se a avaliação não pode tudo, certamente ela pode muito...”

Maria Inês Battistella Nemes

AGRADECIMENTOS

Por diversas vezes, ao longo do caminho, me deparei com dificuldades e desafios, mas que nunca me fizeram desistir de alcançar meu tão sonhado objetivo. Assim, não poderia deixar de registrar meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que me marcaram.

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida.

À minha orientadora, Professora Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, que em mim depositou tanta confiança durante este processo. Muito grata pela parceria, amizade, cuidado, incentivo, oportunidades que me proporcionou e principalmente por acreditar em mim.

Agradeço à minha mãe Rosyane, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Às minhas irmãs Rhana e Tayanne por estarem sempre ao meu lado e acreditarem na minha capacidade de vitória. Às minhas primas amadas Camila e Sandrine por estarem sempre perto de mim, mesmo em outra cidade, mas que sempre foram apoiadoras e incentivadoras do meu processo de crescimento profissional.

Aos meus amigos, que sempre me entenderam quando não pude vê-los em decorrência de estudos e compromissos do mestrado, mas que sempre estiveram torcendo por mim. À minha amiga Rayane que carrego desde a faculdade e que sempre está presente em minha vida, me ajudando, incentivando, compartilhando vitórias, fracassos, sucesso profissional e artigos publicados. Obrigada por toda a ajuda que me proporcionou mesmo que de longe. Aos meus companheiros de turma, em especial Mayara e Tel, que durante esses dois anos foram minhas fortalezas e que as levarei para sempre em minha vida. Grata pelo companheirismo, incentivo, apelidos carinhosos que ganhei, horas de estudos, artigo publicado e pela amizade forte e bonita que construímos neste percurso. Serão sempre minhas super mestrandas!

À família do Observatório, que me fez aprender muito durante estes dois anos e contribuíram significativamente para a construção da minha trajetória científica.

À minha vizinha Maurícia, que hoje não está presente fisicamente, mas tenho certeza que lá de cima está acompanhando todo este processo e que se estivesse presente entre nós, estaria vibrando pelo meu sucesso.

Ao amigo Leonardo, que foi meu alicerce durante todas as fases do mestrado, desde a construção do meu projeto até a efetivação dos resultados deste estudo. Muito grata pelo apoio, companheirismo, pela ajuda incondicional, por sempre estar disposto a esclarecer minhas dúvidas e pelo trabalho que desenvolveu. Sem você certamente esse sonho não estaria se tornando realidade. Você faz parte dessa conquista.

Grata à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa e aos meus colegas professores da UVA. Obrigada pela compreensão e apoio nesta jornada.

À todos os mencionados, meu muito obrigada. Vocês, sem dúvidas, foram essenciais durante os meus dois anos de mestrado.

RESUMO

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização com avanços incontestáveis, porém ainda há muitos problemas que precisam ser gerenciados para que possa desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado em saúde. Assim, emerge-se a necessidade de realização de pesquisas avaliativas de qualidade da Atenção Primária à Saúde em virtude da sua capilaridade de ações destinada a maioria da população. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da Atenção Primária da cidade de Sobral, Ceará dentro das dimensões Estrutura e Processo, a partir do referencial de Donabedian. Trata-se de uma pesquisa avaliativa sob as abordagens quantitativa e qualitativa. Para coleta dos dados quantitativos utilizou-se uma adaptação do Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), com os gerentes e equipes de saúde da família, o qual foi inserido em um *software* livre de plataforma *web* denominado *LimeSurvey*. Para os dados qualitativos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gerentes das Unidades a fim de coletar informações sobre a percepção destes atores quanto ao processo avaliativo e possíveis impactos decorrentes deste processo. Para análise dos dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo de Bardin com o suporte do *software NVivo11*, e para análise dos dados quantitativos foi construída a ferramenta QualiABSobral, a qual foi desenvolvida em plataforma *web* e alimentada a partir da importação dos dados inseridos no *software* utilizado na coleta dos dados. Foram utilizadas também técnicas de estatística descritiva simples, a partir da tabulação, processamento dos dados e produção das tabelas pelo programa Excel. De forma geral, para a dimensão estrutura constatou-se bom desempenho, mas vale ressaltar aspectos que comprometem esta assistência, como o fato de três Unidades estarem sem médico e 50% delas apresentarem quantidade de equipes inferior ao recomendado pela PNAB, refletindo, conseqüentemente, na alta demanda assistencial. Além disso, visualizou-se a necessidade de melhorias na acessibilidade para portadores de deficiência; insuficiência de equipamentos de urgência e emergência; ausência de veículo para uso da Unidade; e deficiência na disponibilidade de alguns medicamentos. Para a dimensão processo, observou-se bons resultados, mas é preciso reflexões sobre o agendamentos das consultas; tempo de espera entre encaminhamentos, consultas com especialista e realização de exames; atendimento de rotina da criança; maior ênfase para a atenção à saúde do homem e do trabalhador; e estratégias para estimular a participação popular. Os resultados das entrevistas com os gerentes trouxeram contribuições qualitativas e permitiram identificar fatores que merecem destaque para a melhoria da qualidade da atenção, tais como uma maior valorização dos processos avaliativos para contribuir para o planejamento e gestão do sistema local de saúde de forma eficiente, resolutiva e satisfatória; maior empenho entre a Atenção Primária e Redes de Atenção à Saúde para simplificar e efetivar o processo de contrarreferência no sentido de valorizar a continuidade do cuidado; minimização dos processos burocráticos ligados à gerência e simplificação no preenchimento das planilhas para gerar indicadores de saúde que sejam compatíveis entre os serviços. Assim, os resultados permitem a obtenção de informações essenciais à tomada de decisões estratégicas pelos gestores e uma imagem mais ampla da situação real de Sobral, além de contribuir para a elaboração de um planejamento baseado nas necessidades e proposições de melhorias para a qualificação da assistência prestada à população do município estudado.

Palavras chave: Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Atenção à saúde.

ABSTRACT

Primary Care has Family Health as a priority strategy for its organization, with indisputable advances, but there are still many problems that need to be addressed so that it can play its role as coordinator of health care. Thus, the need to carry out evaluative quality surveys of Primary Health Care emerges due to its capillarity of actions aimed at the majority of the population. The objective of this study was to evaluate the quality of Primary Care of the city of Sobral, Ceará within the dimensions Structure and Process, from the Donabedian referential. It is an evaluative research under the quantitative and qualitative approaches. For the collection of the quantitative data an adaptation of the Instrument of Evaluation of Basic Attention Services (QualiAB) with the managers and teams of health of the family, was inserted in a free software of web platform called LimeSurvey. For the qualitative data, semi-structured interviews were conducted with managers of the Units in order to collect information about the perception of these actors regarding the evaluation process and possible impacts resulting from this process. To analyze the qualitative data, a Bardin content analysis was performed with the support of the software N Vivo11, and for the analysis of the quantitative data the QualiABSobral tool was built, which was developed in a web platform and fed by importing the data inserted in the software used to collect the data. Simple descriptive statistics techniques were also used, from tabulation, data processing and table production by the Excel program. In general, for the structure dimension, good performance was observed, but it is worth emphasizing aspects that compromise this assistance, such as the fact that three Units are without a doctor and 50% of them present a smaller number of teams than the one recommended by PNAB, in high care demands. In addition, it was visualized the need for improvements in accessibility for people with disabilities; insufficient emergency and emergency equipment; absence of vehicle for use by the Unit; and deficiency in the availability of some drugs. For the process dimension, good results were observed, but it is necessary to reflect on the scheduling of the consultations; waiting time between referrals, specialist consultations and examinations; routine care of the child; greater emphasis on health care for man and the worker; and strategies to stimulate popular participation. The results of the interviews with the managers brought qualitative contributions and allowed identifying factors that deserve to be highlighted for the improvement of the quality of care, such as a greater valuation of the evaluation processes to contribute to the planning and management of the local health system in an efficient, and satisfactory; greater commitment between Primary Care and Health Care Networks to simplify and make effective the counterreference process in order to value the continuity of care; minimization of bureaucratic processes linked to management and simplification in filling spreadsheets to generate health indicators that are compatible between services. Thus, the results allow obtaining information essential to strategic decision making by managers and a broader picture of the actual situation of Sobral, besides contributing to the elaboration of a planning based on the needs and propositions of improvements for the qualification of the assistance rendered to the population of the studied municipality.

Keywords: Health evaluation; Primary Health Care; Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura original do Questionário QualiAB, segundo o Caderno de boas práticas para organização de serviços de Atenção Básica, Bocatú, São Paulo, 2016

Figura 2 – Estrutura adaptada do questionário QualiAB para este estudo.

Figura 3 - Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

Figura 4 – Nuvem de palavras relacionada à experiência em participar do processo avaliativo e o impacto causado na equipe de saúde da família decorrente desse processo, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

Figura 5 - Nuvem de palavras relacionada às potencialidades e fragilidades no processo de trabalho nas Unidades de Saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

Figura 6 - Nuvem de palavras relacionada ao processo de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas Unidades de Saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias Iniciais referentes às percepções dos gerentes das Unidades de Saúde sobre o processo avaliativo, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por CSF da zona urbana de Sobral, Ceará quanto à quantidade de moradores e famílias. Sobral, Ceará, Brasil, 2019

Tabela 2 - Indicadores de qualidade quanto aos Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 3 - Indicadores de qualidade quanto à Promoção, Prevenção e Educação em Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 4 - Indicadores de qualidade quanto à Organização da Assistência à Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 5 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde da mulher da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 6 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde da Criança e do Adolescente da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 7 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde do Adulto e da Pessoa Idosa da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 8 - Indicadores de qualidade quanto à Atenção à agravos de Relevância epidemiológica e social da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 9 – Indicadores de qualidade quanto à organização da Atenção à Saúde Bucal da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 10 – Indicadores de qualidade quanto à Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Tabela 11 - Indicadores de qualidade quanto às Características do Processo Gerencial da APS do município de Sobral, CE, 2019

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Disponibilidade de medicamentos previstos na RENAME na APS de Sobral, Ceará, 2019

Gráfico 2 – Tempo média de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para especialidades na APS de Sobral, Ceará, 2019

Gráfico 3 - Tempo de espera entre a marcação de exames e a realização deles na APS de Sobral, Ceará, 2019

Gráfico 4 – Principais desafios a superar para a melhoria da qualidade da atenção à saúde no nível primário do município de Sobral, Ceará, 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

SUS – Sistema Único de Saúde

LABSUS - Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva

OBSERVASUS - Observatório de Pesquisas para o SUS

PSF - Programa Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS - Unidades Básicas de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

BDENF - Banco de Dados em Enfermagem

CIDSAÚDE - Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

QUALIAB - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica

PCET - Primary Care Evaluation Tool

AQ-PCP - Questionnaire for Primary Care Providers

GPAQ - General Practice Assessment Questionnaire

PACOTAPS - Aplicativo para atenção primária em saúde

PCATOOL - Primary Care Assessment Tool

EUROPEP - European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care

SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

RAS - Redes de Atenção à Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

PPSUS – Programa Pesquisa Para o SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

CSF - Centro de Saúde da Família

DCN - Diretrizes Nacionais Curriculares

CE – Ceará

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IST - Infecções Sexualmente Transmissível

ACS - Agente Comunitário de Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNDS - Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança

RN - recém-nascido

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

DM - Diabetes Mellitus

PNAISH - Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem

LGBT - lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

RAISM - Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

CEM - Centro de Especialidades Médicas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para Infância e adolescência

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

PNH - Política Nacional de Humanização

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção

Sumário

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Aproximação com o tema	18
1.2 Contextualização	20
1.3 Justificativa e Relevância.....	26
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos	28
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1 Base histórica e avanços da Atenção Primária à Saúde.....	29
3.2 Avaliação em Saúde: Conceitos e dimensões	32
3.3 Possibilidades e perspectivas da Avaliação em saúde na Atenção Primária ...	35
3.4 Apresentação e Contextualização do Instrumento QualiAB.....	39
3.5 Referencial Teórico de avaliação em saúde – Avedis Donabedian.....	42
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Abordagem e Tipo de Estudo.....	45
4.2 Cenário do Estudo	46
4.3 Período de realização do estudo	47
4.4 Participantes do Estudo.....	47
4.5 Métodos e Procedimentos para Coleta de Dados	47
4.6 Apresentação e análise das informações.....	51
4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 Análise da Estrutura.....	54
5.2 Análise do Processo.....	63
5.3 Percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre o processo avaliativo e os possíveis impactos provocados na equipe de saúde da família decorrentes deste processo	117

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	134
ANEXO A – Adaptação do instrumento QUALIAB.....	155
ANEXO B – Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral.....	181
ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	183
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Gestores	187
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Gestores	188
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestores e Profissionais de saúde da Estratégia Saúde Da Família.....	190

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o tema

Esta pesquisa integra a linha de pesquisa Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em nível de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. Esta linha investiga a organização dos sistemas e serviços de saúde, com enfoque na Estratégia Saúde da Família, visando qualificar a gestão da Atenção Básica à Saúde no âmbito do SUS, além de avaliar os saberes e as práticas de gestão com vistas à redução das desigualdades e a ampliação do controle social sobre o destino coletivo das pessoas envolvidas.

O interesse em estudar sobre a gestão de sistemas e serviços de saúde advém da graduação em Enfermagem em que, durante atividades extracurriculares, percebi que o enfermeiro, apesar da sua grande demanda de trabalho, é reconhecido como o profissional que mais detém informações sobre o funcionamento dos serviços, sendo constantemente requisitado para esclarecer e resolver situações no decorrer da assistência. Porém, pude perceber também que apesar do grande potencial em gerenciar unidades de saúde, os enfermeiros encontram dificuldades e limitações nas atividades cotidianas que decorrem da fragilidade na formação específica para assumir atividades gerenciais.

Assim, durante o internato I, imersa em uma Unidade Básica de Saúde de Sobral, Ceará, tive a oportunidade de vivenciar a dinamicidade dos processos de gestão relacionados ao nível primário de atenção. Durante esse período, apropriei-me das atividades gerenciais e compreendi que os desafios e complexidades que envolvem essa prática estavam além de uma formação acadêmica para exercer essa função.

Além disso, tive a oportunidade de fazer um planejamento estratégico juntamente com a gerente da Unidade sobre um Programa que apresentava indicadores desfavoráveis para a situação de saúde da comunidade. Sendo assim, levantamos as principais necessidades da população assistida e modificamos o atual modelo de ação do Programa para que pudessemos alcançar bons resultados. Compreendi então, que o processo permanente de planejamento deve facilitar a direcionalidade das ações, a correção de rumos e o enfrentamento de imprevistos, almejando sempre a busca pela qualidade da assistência à saúde.

Não resta dúvida de que esta associação entre planejamento e administração em saúde muda e renova as problemáticas e as técnicas de organização/gestão/avaliação, as quais são imprescindíveis no apoio às tomadas de decisões para reajuste de metas e alcance de resultados mensuráveis em saúde.

Nesse contexto, a noção de planejamento relaciona-se a essa concepção de gerência que, além de planejar, inclui outras ações, entre elas, as da avaliação como instrumento potente de controle e supervisão técnicos para direcionar as práticas em saúde com o objetivo de visualizar possibilidades de mudança e fazer com que as metas sejam atingidas.

Durante minha trajetória acadêmica, outras oportunidades foram surgindo. Fui bolsista de Iniciação científica durante três anos, tornando-me membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS), o qual possui ênfase na promoção da saúde, na democracia participativa, na gestão do trabalho e na educação na saúde. A partir daí, pude me aproximar da pesquisa nesses campos específicos.

Então, a partir disso e movida por algumas inquietações que trazia desde a graduação, busquei uma aproximação maior com a gestão me especializando em Gestão de saúde e auditoria, onde pude aprofundar meus conhecimentos na área e ter uma maior proximidade com a avaliação em saúde diante das discussões fomentadas durante as disciplinas do curso.

Logo após o ingresso no mestrado, tornei-me membro do Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVASUS) que tem como objetivo monitorar, avaliar e analisar informações e indicadores para a formulação de políticas públicas de saúde da população e seus determinantes sociais e ambientais. A partir daí tive a oportunidade de me aproximar ainda mais do Universo da avaliação em saúde em busca de melhores indicadores para os serviços de saúde por meio de projetos e pesquisas desenvolvidas pelos integrantes do laboratório de pesquisa.

Então, durante a reflexão sobre a escolha do tema de pesquisa para a realização da dissertação de mestrado, pensou-se que a avaliação em saúde é um tema pertinente e importante para as práticas de saúde no nível primário de atenção, visto que seu impacto positivo gera, consequentemente, o alcance da resolutividade e efetividade da rede de atenção à saúde, otimizando o processo de trabalho e a condução do serviço nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

Além disso, a avaliação em saúde da Atenção Primária à Saúde é uma tarefa que exige a participação de diversos atores e instituições em um esforço coletivo contínuo e perseverante a fim de que a sua análise sistemática possa incidir positivamente na melhoria da qualidade das ações ofertadas pelo nível primário de atenção.

1.2 Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sobre gestão pública delineado na VIII Conferência Nacional de Saúde e estimulado pelo movimento sanitário e social, sendo acolhido parcialmente na Constituição Federal de 1988. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social. Sob o preceito constitucional “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Dessa forma, é considerado um experimento social, cujos avanços são inquestionáveis, mas que ainda enfrenta enormes desafios, os quais decorrem da situação da saúde brasileira, voltada prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, em que o hospital é lócus privilegiado do modelo assistencial. Então, como estratégia de enfrentamento de tal realidade e de sustentação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem adquirindo reconhecimento e responsabilidades crescentes (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Starfield (2002) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde e também como um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, acompanharam-se várias tentativas de se organizar a APS. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Contudo, o marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários. Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente (ARANTES; SCHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Nesse contexto, a ESF foi desenvolvida para integralizar as ações em saúde, passando por desafios e transformando a prestação de assistência em um modelo que valoriza as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral às pessoas. As ações diárias vão dos procedimentos básicos em saúde, tratamento a prevenção de agravos e promoção da saúde, que devem estar comprometidas em atender à totalidade do sujeito, com o propósito de colocar em prática um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade e, por meio deste, buscar ações voltadas para a qualidade de vida das pessoas (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

Assim, a APS foi municipalizada, ampliando o acesso e avançando no processo de universalização dos serviços, a partir de um cenário com grande heterogeneidade e diferentes acúmulos organizacionais da rede pública entre as várias regiões e municípios brasileiros. Nessa perspectiva, a qualidade dos serviços tornou-se um dos principais desafios a serem enfrentados, assim como vem ocorrendo em outros países desde os anos 90 do século passado (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Estudiosos corroboram com tal afirmativa quando destacam que, apesar de grandes avanços conquistados no nível primário de atenção e sendo a APS considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda há muitos problemas que precisam ser manejados para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, particularmente referidos à equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção (FEITOSA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; CAMPOS, 2005).

Nesse contexto, a qualidade dos serviços prestados na área da APS é um tema relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde com a implantação de políticas voltadas à humanização, acolhimento, integralidade e enfoque no nível primário como “porta de entrada” do SUS. A APS de qualidade tem sido atualmente enfatizada em vários países. Essa estratégia ganhou força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixos organizadores das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, o termo qualidade em saúde será compreendido neste estudo a partir da definição de Donabedian (1990) que a descreve como a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente, ou seja, o grau em que os meios mais desejados são usados para alcançar as melhorias na saúde. No mesmo sentido, Uchimura e Bosi (2002) se referem à qualidade em saúde como a relação entre meios e fins, em que os meios compreendem o conjunto das estratégias técnicas, psicológicas e sociais de intervenção.

Diante disto, autores consideram um grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à APS, tendo em vista a pluralidade de suas dimensões, a capilaridade das ações e os sujeitos envolvidos na sua construção (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Somado a isso, autores acrescentam a carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, precarização nas relações de trabalho, fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento como os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Portanto, diante de tais desafios e tentativas constantes de estimular processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade no nível primário de atenção, estratégias de avaliação em saúde para a APS foram implementadas pelo Ministério da Saúde (MS) e instituições de pesquisa a fim de que sejam consolidadas práticas direcionadas para melhorias de qualidade da assistência no sistema de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Assim, a política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, implementada pelo MS, aponta para a necessidade de adoção de processos sustentáveis de mudanças, bem como de ferramentas permanentes e sensíveis, capazes de captá-las, identificando os avanços e as dificuldades nas diversas dimensões que compõem os sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2005).

Autores revelam que, no Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta, no contexto da Constituição de 1988 e, com isso, as ações do SUS tornam-se alvo de questionamentos sobre sua eficiência e efetividade. Entre os fatores envolvidos no interesse da avaliação em saúde no Brasil podem-se apontar: as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, a maior complexidade do perfil epidemiológico do País com distintos problemas e necessidades, o que requer novas abordagens e incorporação de novas tecnologias; as exigências cada vez maiores do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, a avaliação em saúde tem se constituído como uma política, na medida em que as reformas e as ações na saúde passam a exigir maiores competências gerenciais, articulações e produção de informação. Os Processos de avaliação podem, então, contribuir para a construção de alternativas conjuntas para intervenções mais adequadas que possam solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no

âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014).

A avaliação tem-se constituído como uma área com muitos conceitos e com diversas metodologias, as quais se modificam em diferentes contextos históricos. Uma proposta de definição de avaliação descreve-a como a aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo que fornece informações científicas legítimas, fazendo com que os envolvidos possam tomar suas posições e decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Assim, compreende-se a importância da avaliação em saúde enquanto meio e processo de gestão da atenção. Para Hartz e Silva (2005), a avaliação constitui-se como uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, ou seja, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também, planejar o futuro e orientar sobre a tomada de decisões.

Neste processo, a avaliação e o monitoramento são importantes para propor as ações e possíveis intervenções, que devem se configurar em um processo permanente e cíclico: avaliação – diagnóstico – intervenção – monitoramento – avaliação, onde o momento do diagnóstico é acompanhado por um início de intervenção, o próprio fato de abordar uma situação, um contexto, já produz mudanças no mesmo. Da mesma forma, ao intervir, há o aperfeiçoamento do diagnóstico e mesmo antes do final da intervenção, já acontecem momentos de avaliação. Assim, as etapas de diagnóstico, intervenção e avaliação estão, na visão dos autores, dinamicamente relacionadas. Monitorar e avaliar as intervenções e o próprio processo de implantação e implementação das mesmas, é o que garante a sustentabilidade das ações (DESLANDES; IRIART, 2012).

Apesar de visualizar e constatar, por meio das produções científicas, as contribuições advindas da avaliação em saúde, no Brasil, esta prática apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco ordenada e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (CARVALHO; SHIMIZU, 2016; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Isso posto, emerge-se a necessidade de realização de pesquisas avaliativas, em especial sobre a qualidade da atenção, não somente no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, mas também por considerar as especificidades de cada

contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007; SANCHO; DAIN, 2012).

Diante da discussão do contexto da avaliação em saúde e tendo em vista a APS, com toda sua capilaridade de ações destinada à maioria da população e definida como o modelo de atenção capaz de fortalecer e organizar o sistema de saúde, entende-se que ela é considerada como principal espaço para a aplicação de processos avaliativos, uma vez que o impacto positivo das ações implementadas nesse nível de atenção reflete de forma decisiva na efetividade e resolubilidade das redes de atenção que compõem o sistema de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

No Ceará, mais precisamente na cidade de Sobral, a ESF se constitui como referência para a região nordeste do Brasil, baseada na sua singularidade e inovações do seu modelo tecnoassistencial de saúde, além de apresentar uma variedade de experiências exitosas dentro do contexto da APS, tendo em vista a ampliação da resolubilidade dos programas de saúde da família, com ênfase na observância do princípio da integralidade (LINHARES *et al.*, 2010).

Ao longo de quase 20 anos foram investidos muitos recursos na estruturação e manutenção dos Centros de Saúde da Família do município, sendo estes alvos de pesquisas científicas importantes que se propuseram a avaliar diversas áreas e programas específicos da Estratégia Saúde da Família.

Tomamos como referência o ano de 2008, período em que foi realizada uma tese de doutorado que se propôs a analisar o cenário da APS em Sobral à luz do pensamento sistêmico. Este estudo demonstrou que os princípios da promoção da saúde estão presentes em alguns aspectos, mas ainda precisavam esforços de todas as esferas de governo para que as ações fossem fortalecidas através de políticas centradas na promoção da saúde e prevenção de doenças, permitindo um melhor desempenho dos atores na ESF, inclusive de mais investimentos que priorizasse o financiamento dos componentes que dão sustentabilidade às políticas na atenção primária (ALBUQUERQUE, 2010).

Outro estudo importante buscou avaliar a qualidade da APS em Sobral, mediante a aplicação do PCATool, e identificou fragilidades relacionadas à acessibilidade, aos mecanismos de contrarreferência dos níveis de atenção para a APS, falha nos procedimentos básicos de rotina e outros aspectos descritos pelos usuários. Assim, o estudo detectou a necessidade de investir no fortalecimento do controle social, além de incentivar e qualificar os mecanismos de avaliação da qualidade da assistência oferecida (MELO, 2012).

Em 2014 foi avaliada a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na APS de Sobral na perspectiva de Donabedian. Os

resultados mostraram que a estrutura identificada mostrou-se adequada para a maioria das unidades investigadas, mas o processo de trabalho dos profissionais diretamente envolvidos revelou-se frágil frente às atividades desenvolvidas. Assim, o estudo suscitou a necessidade de se estender este tipo de avaliação aos demais programas com o propósito de ampliar a melhoria da qualidade da assistência (RAMOS, 2014).

Ainda em 2014 foi realizada uma avaliação da qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na ESF do município em questão por considerar nova, a inserção desta categoria na Estratégia e por haver escassez de estudos sobre este tema. Os principais resultados revelaram que a deficiência na formação do fonoaudiólogo para o trabalho na ESF é um dos principais fatores limitantes para a inserção e atuação desses profissionais neste cenário (ZANIN, 2014).

Um estudo importante se propôs a realizar, em 2015, uma avaliação responsiva e construtivista do programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) quanto ao princípio da integralidade. Resultados importantes foram considerados nesta pesquisa referentes às preocupações dos participantes com a atuação na prática, quando foi possível identificar os aspectos restritivos à atuação do programa, principalmente a fragilidade do vínculo com a ESF e com o território e falta de competência por parte dos profissionais para atuação na APS e no NASF (ARAÚJO NETO, 2015).

Outra avaliação importante realizada em 2015 esteve relacionada à avaliação da qualidade do Programa Nacional de Imunização a partir do referencial de Donabedian. A pesquisa identificou que a estrutura em estudo era apropriada para a maioria das salas; o processo de trabalho dos profissionais merecia investimento na capacitação e atualização para aprimoramento da prática cotidiana e educativa de imunização; e os indicadores relacionados ao serviço alcançavam os níveis recomendados pelo Ministério da Saúde (ARAGÃO, 2015).

Em 2016 foi desenvolvida uma pesquisa que objetivou identificar as competências necessárias à atuação dos Gerentes de território da ESF de Sobral a partir do pressuposto teórico-metodológico construtivista e responsivo desenvolvido por Guba e Lincoln. Como resultados, foram elaboradas 47 competências, sendo estas organizadas e analisadas em três dimensões: conhecimento, habilidade e atitude. Dessa forma, o estudo se fez relevante pela possibilidade de identificar as competências já existentes nos profissionais gerentes, bem como para aperfeiçoar ou desenvolver àquelas necessárias ao exercício da função gerencial, além de poder ser utilizada para contratação deste profissional e provimento de educação permanente a esta categoria (CUNHA, 2017).

Em 2018 um estudo avaliou a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF em Sobral, identificando expressivas limitações, tais como uma atenção aos usuários ainda centrada na renovação de receitas, entrave na regulação e conseqüente dificuldade de conformação de uma rede de atenção às condições crônicas. Todavia, o sistema local de saúde vinha desenvolvendo estratégias de qualificação da atenção que possivelmente implicarão em resultados positivos em médio e longo prazo (RIBEIRO, 2018).

Apesar de visualizarmos experiências exitosas e avanços no sistema de saúde de Sobral, os estudos realizados nesta localidade suscitam a necessidade de se estender avaliações mais abrangentes da APS com o propósito de ampliar a melhoria da qualidade da assistência, de forma a estimular uma cultura de avaliação que promova ações concretas de correção das deficiências e inadequações (RAMOS, 2014; MELO, 2012; ZANIN, 2014; ALBUQUERQUE, 2010).

Diante dessas considerações e da trajetória histórica descrita dos últimos dez anos, podemos constatar que o modelo de atenção à saúde vigente em Sobral foi palco de mudanças e transformações na perspectiva de reorientação da assistência, e é por este motivo que nos interessamos em avaliar como se encontra a qualidade da estrutura e do processo da APS nos dias de hoje, e socializar, após a pesquisa, os principais indicadores de mudança, tornando possível o redirecionamento das ações para uma assistência à saúde de qualidade neste município.

Então, em meio a toda esta efervescência da avaliação em saúde e da APS, e considerando a premissa do contexto atual sobre a necessidade de uma melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde no nível primário, delinear-se as seguintes questões norteadoras para este estudo, a saber: Como se encontra a qualidade da estrutura e do processo da APS na cidade de Sobral, Ceará? Como as ações estão organizadas nesse nível de atenção? Quais as ações realizadas? Como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Primária à Saúde pelo Sistema Único de Saúde?

1.3 Justificativa e Relevância

Apesar dos inúmeros avanços obtidos e observados no processo de ampliação da APS, entende-se que existem, ainda, limitações e dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, as quais requerem resolução de forma efetiva para a contínua melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Diante deste desafio, considera-se fundamental desenvolver estudos avaliativos no sentido de estabelecer padrões iniciais da intervenção que permitam a comparação de indicadores por meio de uma abordagem metodológica estratégica para o monitoramento das ações e serviços, tendo em vista a produção de conhecimento no que tange às características da estrutura e processo de atenção da APS.

Sendo assim, pretendeu-se avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica da cidade de Sobral, Ceará por meio da adaptação de um instrumento avaliativo (QualiAB) para subsidiar o redirecionamento das práticas profissionais, auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades da realidade local, em busca de uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da Atenção Básica e do SUS.

Considera-se importante, então, a realização deste estudo de modo que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estudadas possam identificar suas fragilidades e potencialidades dentro das dimensões Estrutura e Processo, a partir do referencial de Donabedian (1992). Assim, será possível identificar situações passíveis de mudanças e que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS, além de apontar as possíveis diferenças de desempenho dos serviços no tocante à avaliação de Estrutura e Processo da Atenção Básica de Sobral.

Além disso, acredita-se que esta pesquisa fornecerá subsídios para estimular, cada vez mais, órgãos governamentais e instituições de ensino e pesquisa a desenvolver e aprimorar as avaliações no nível primário de atenção. Espera-se ainda que a avaliação pretendida contribua para a realização de um diagnóstico situacional da APS de Sobral, Ceará, oportunizando e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa no sistema de saúde, de forma que a avaliação seja uma prática intrínseca e inseparável do planejamento de ações e da gestão dos serviços de saúde a fim de colaborar com o fortalecimento e qualidade da assistência à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde em Sobral, Ceará por meio da adaptação do instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a estrutura disponível das Unidades Básicas de Saúde para a realização das atividades previstas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB);
- Identificar, a partir do processo de trabalho dos profissionais, as ações realizadas, como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Básica pelo SUS;
- Conhecer a percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre o processo avaliativo e os possíveis impactos provocados na equipe de saúde da família decorrentes deste processo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para compor este capítulo de forma fundamentada e sistemática foi realizado um aprofundamento teórico na literatura científica sobre o tema em questão e, após leitura crítica e sistematização dos dados, puderam-se evidenciar as seguintes categorias temáticas: “Base histórica e avanços da Atenção Primária à Saúde”, “Avaliação em Saúde: Conceitos e dimensões”; “Possibilidades e perspectivas da Avaliação em saúde na Atenção Primária”; “Apresentação e Contextualização do instrumento QualiAB”; e “Referencial teórico de avaliação em saúde – Avedis Donabedian”, as quais serão descritas a seguir.

3.1 Base histórica e avanços da Atenção Primária à Saúde

A criação do SUS tem sido analisada como relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, empreendida sob o regime democrático. Na Constituição Federal, promulgada em 1988, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. Assim, defendeu-se a assistência médica-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo esses serviços hierarquizados e a sua gestão, descentralizada. A partir daí, firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação e descentralização (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a APS vem sendo discutida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, na qual essa estratégia ampliava a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população. De acordo com esta conferência, a APS é compreendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Essa definição estabelece sua posição estratégica no SUS ao garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, efetivando a integralidade quanto a integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (TANAKA, 2011).

Nesse contexto, a nomenclatura ESF foi assumida por se configurar como estratégia estruturante de reorientação da atenção básica do SUS. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania. Tais princípios e diretrizes fundamentam a PNAB, elaborada em 2011 (BRASIL, 2011a).

Importante destacar a recente publicação da nova PNAB em 2017, a qual vem sendo alvo de críticas por parte de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), e também de instituições como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Segundo Morosini e Fonseca (2017), a nova PNAB contém ideias que merecem ser problematizadas, tendo em vista suas potenciais repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho. Uma das críticas apontadas se refere à falta de prioridade dada à ESF e a ausência de um compromisso, previsto na PNAB anterior, com a cobertura de 100% da população.

As autoras abaixo reiteram ser necessário coordenar esforços para que o debate sobre a atenção básica possa ser simultaneamente aprofundado e capilarizado, resgatando a ideia de ampla participação social. Afirmam, ainda, que a base sobre a qual esse debate deveria se dar é o compromisso com o atendimento das necessidades de saúde da população e a responsabilidade de preservar as orientações que consolidam a atenção básica como espaço de institucionalização da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Com duas décadas de implantação, estudiosos corroboram com o expressivo aumento de cobertura pela ESF, o qual está diretamente implicado no aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira. Acreditam ainda que ela contribui para a quantificação e avaliação das informações relacionadas à situação sanitária de uma população (MAGALHÃES *et al.*, 2012; FEITOSA *et al.*, 2016).

Esses progressos inquestionáveis na estrutura organizacional da Estratégia, no processo de consolidação do SUS, também vêm viabilizando o seu fortalecimento e o da qualificação das equipes de saúde como os principais pontos de pauta nas inúmeras discussões relacionadas à organização da atenção básica no Brasil (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Estudiosos, de nacionalidades diferentes, concordam com a ideia de que os cuidados de saúde primários são o alicerce de qualquer sistema de entrega de saúde com alto desempenho em qualquer canto do mundo. Assim, estes estudos têm demonstrado que quando organizados e utilizados para serem eficazes e eficientes, melhores cuidados de saúde podem ser alcançados

a custos mais baixos, com detecção precoce bem-sucedida de doenças, prevenção secundária de doenças e melhor saúde e bem-estar de indivíduos com doença crônica (HARRIS, 2015; CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

A comparação internacional e nacional mostra que a implementação de diferentes concepções de APS está condicionada pelo modelo de proteção social à saúde em cada país. Nos países europeus ela é porta de entrada de um sistema de atenção de acesso universal. Nos países com seguros sociais, a APS é pouco desenvolvida e não se constitui na porta de entrada, predominando o cuidado individual e a livre escolha (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Um estudo sobre a saúde na Holanda mostra que mais de 95% de todos os episódios de cuidados estão completamente cobertos pela atenção primária. Uma comparação da eficácia do modelo holandês de cuidados de saúde individuais e saúde pública estimou que a atenção primária é responsável por 25% do declínio na mortalidade prematura (WEEL; SCHERS; TIMMERMANS, 2012).

Em contrapartida, em países periféricos, como os da América Latina, a APS é seletiva, segmentada, correspondendo ao modelo focalizado e convive com importantes desigualdades no acesso. A extensão de cobertura em saúde vem ocorrendo por meio de seguros específicos. No caso do Brasil, a situação é mais complexa, uma vez que o sistema de saúde expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação. Atualmente percebe-se que as concepções da APS mostram que não há um padrão nacional e internacional, mas sim diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada país (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Dessa forma, o estudo de Feitosa e colaboradores (2016) defende que, no Brasil, nas últimas décadas, tem crescido a preocupação sobre a implantação de estratégias orientadas para a qualificação do modelo de atenção à saúde. Nesse processo, a APS vem ocupando lugar de destaque, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal. Acreditam ainda que a disseminação dessa estratégia e os investimentos no setor trouxeram novas questões para reflexão, entre elas, destacam-se a organização e a qualidade do acesso aos serviços de saúde.

Nesse ínterim, uma pesquisa mostra que, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estruturar as UBS, melhorando alguns problemas que se refletem na acessibilidade ineficaz de alguns serviços, na insuficiência e no perfil inadequado dos gestores e trabalhadores, no difícil acesso aos insumos, na pouca efetividade de políticas e ações de saúde e na inadequada estrutura física de algumas UBS. Em virtude desses problemas, o MS almeja executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos

e resultados mensuráveis, garantindo acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Assim, nesse cenário de demandas por resultados, monitoramentos e avaliações, torna-se necessário instituir a avaliação da APS com o propósito fundamental de dar amparo aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços, avaliar a incorporação de novas práticas e aferir o impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

3.2 Avaliação em Saúde: Conceitos e dimensões

A atividade avaliativa é tão antiga quanto a própria humanidade, haja vista que a emissão de juízo de valor é inerente às ações humanas. A avaliação se configura como uma área polissêmica e com diversas metodologias, que se modificam e se adaptam a determinados setores sociais e a diferentes contextos históricos (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nessa perspectiva, Contandriopoulos (2002) acredita que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Com a expansão do setor de serviços e liderança no desenvolvimento econômico e crescimento global, autores entendem que a sociedade tem buscado, cada vez mais, por qualidade dos serviços e bens essenciais, inclusive, nos serviços da área da saúde, quando é uma assistência humanizada e qualificada, e tem sido almejada pelos consumidores desse tipo de cuidado, além de que passa a ter um olhar mais atento dos profissionais e dos usuários do sistema (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Dessa forma, a avaliação dos serviços de saúde direcionada para a qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil nos anos 90 com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a avaliação é considerada um instrumento político em busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde. Torna-se imprescindível para o processo de avaliação o claro mapeamento de quais interessados (stakeholders) detêm poder para tomar decisão. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (TANAKA, 2011).

Os objetivos de uma avaliação são inúmeros, e visam ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, assim como fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer, determinar seus efeitos com vistas a decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida, e além de se tencionar a contribuição para o progresso dos conhecimentos para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Tendo em vista que uma das principais diretrizes atuais do MS é exercer a gestão pública a partir da avaliação de processos e resultados, diversificados esforços têm sido empreendidos para ajustar as estratégias previstas na PNAB na direção de estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País. Assim, autores consideram a necessidade de novos processos de avaliação do sistema de saúde, a fim de que existam práticas direcionadas para melhorias de qualidade da assistência. Por meio de avaliações constantes e forte apoio aos centros de saúde, é possível visualizar possibilidades de mudança e fazer com que as metas possam ser atingidas (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Dessa forma, um estudo revela que a temática específica de avaliação em saúde possui vasto referencial teórico e ampla diversidade de abordagens metodológicas e marcos conceituais para descrevê-la. Reflete ainda sobre o mais atual desses modelos de avaliação, e que parece ter maior possibilidade de apreender a subjetividade e a complexidade do processo avaliativo, que é a chamada Avaliação de Quarta Geração (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

Essa proposta de avaliação participativa de quarta geração defendida por Guba e Lincoln (1989) parte da premissa de que ao envolver o interessado, isto é, o ator social (ou a audiência), que tem a capacidade de mobilizar recursos próprios ou de outrem, o julgamento de valor será compartilhado e negociado em todas as etapas da avaliação. Esse processo transparente e dialógico com os interessados facilitará a mobilização de recursos visando à melhoria de qualidade da atenção prestada.

Por outro lado, acredita-se que a avaliação em saúde relacionada à qualidade dos serviços de APS, tem como marco referencial teórico mais pragmático aquela proposta por Avedis Donabedian (1980, 1993), o qual foi considerado um dos primeiros pesquisadores sobre a temática da avaliação em serviços de saúde e o qual será utilizado como referencial teórico deste estudo. Ele refere inúmeras questões sobre a qualidade em saúde e os elementos que a compõem. Entre eles, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, abordando o tripé estrutura, processo e resultado, os quais serão explorados no último tópico deste capítulo.

Nessa perspectiva, o estudo realizado por Goetz e colaboradores (2015) revela que a organização dos cuidados, incluindo estrutura e processo, desempenha um papel importante

para assegurar a boa qualidade dos cuidados e para melhorar os resultados destes, podendo levar à implementação de um programa de gerenciamento de alta qualidade. Assim, a avaliação contínua da qualidade dos cuidados tornou-se parte integrante da gestão da saúde e levou a uma variedade de iniciativas de melhoria da qualidade na maioria dos sistemas de saúde.

As avaliações em saúde, enquanto campo de conhecimento e de práticas, encontram-se em permanente construção conceitual e metodológica. Autores dão ênfase, em seu estudo, a uma alternativa muito utilizada, por sua facilidade operacional e capacidade de instrumentalização de mudanças, que são as avaliações que valorizam os processos para definição de indicadores de qualidade, pois esses permitem avaliar e monitorar como o cuidado está sendo prestado e o grau de correspondência com os padrões preconizados, permitindo inferir a qualidade dos resultados esperados (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Silva e Formigli (1994) enfatizam que, a depender do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos. Por exemplo, quando o enfoque é direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si. Já quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade. A maior parte dos estudos disponíveis sobre o tema, na literatura especializada, versa, sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas.

Outro aspecto importante a ser considerado nas avaliações em saúde defendido por Tanaka (2011) é o tipo de abordagem utilizado por elas, ou seja, ao reconhecer a complexidade de fenômenos a serem avaliados na APS, verifica-se que o alcance da análise quantitativa habitualmente não é suficiente para a compreensão desejada do fenômeno e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas. Por outro lado, ao entender que o resultado dos serviços de saúde é o produto da interação entre usuário e profissionais, a abordagem qualitativa passa a ser considerada quase indispensável. Então, abordagem qualitativa utilizada após a quantitativa possibilita compreender em maior profundidade a dinâmica interna e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados.

Por fim, a literatura científica aponta para a necessidade da incorporação de múltiplas modalidades de avaliação no monitoramento dos programas e das políticas criadas pelo MS. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação no setor saúde, no Brasil, não deve perder de vista sua pluralidade conceitual e metodológica, a fim de garantir um processo avaliativo amplo e provocador de mudanças (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

3.3 Possibilidades e perspectivas da Avaliação em saúde na Atenção Primária

Diante da análise dos artigos selecionados, é possível constatar que a expansão da ESF colocou em discussão questões sobre a qualificação das equipes e a resolubilidade dos serviços, apontando a necessidade de monitoramento e avaliação da APS. Para tanto, o MS passou a defender o aprimoramento contínuo de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços de saúde (CARDOSO *et al.*, 2015).

Desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). De fato, nos últimos anos a qualidade é considerada um componente fundamental na maioria dos países do mundo, independente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (VUORI, 1981; WHO, 1989).

A literatura mostra que a avaliação de qualidade da ESF, apesar de necessária em nosso País, pode ser considerada uma tarefa difícil de ser implementada. Fatores como a extensão territorial e a diversidade cultural do País, entre outros aspectos, contribuem para a dificuldade de institucionalização do processo avaliativo nesses serviços. Assim, a avaliação realizada deve levar em consideração o fato de essa estratégia estar em contínua implementação, exigindo a inserção de novos critérios, além de reconhecer os possíveis vieses existentes (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

O estudo de Ney, Pierantoni e Lapão (2015) destaca que o processo de avaliação que vem sendo preconizado no Brasil decorre de uma longa trajetória de experiências e iniciativas tomadas ao longo dos anos desde a criação da estratégia para regimento da política nacional. Também, modelos utilizados em diversos países têm sido utilizados para comparação, apoio e discussão, ampliando conceitos fundamentais para a construção de um modelo nacional.

Nesse contexto, considerando ser um sistema nacional de saúde organizado a partir das bases da APS, e tendo em vista sua capilaridade de ações, pesquisas vêm sendo realizadas desde então, com diferentes abordagens, em prol da melhoria da qualidade da APS a partir da avaliação dos seus atributos, os quais consistem em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização familiar e orientação comunitária. Assim, a partir da busca na literatura, verificou-se que as produções registram instrumentos de avaliação da APS com ênfase na aferição da presença e da extensão destes atributos essenciais e derivados da mesma (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil (BRASIL, 2013a).

Ele é desenvolvido em quatro fases que se complementam e que configuram um ciclo contínuo da melhoria do acesso e da qualidade da APS e são, assim, denominadas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa e Recontratualização. O PMAQ além de estimular que as equipes de APS se autoavaliem e ofertem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, tornou-se um desafio para os gestores. Esse programa também busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS em todo o Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Nesse ínterim, mudanças significativas apontadas pelos profissionais de saúde e gestores de Unidades Básicas de Saúde foram registradas em estudos realizados a partir do PMAQ. Assim, conforme a sensibilização destes profissionais, o PMAQ pode contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão e reflexão sobre o planejamento em saúde, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho (FEITOSA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017; FRACOLLI *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Porém, um estudo traz fragilidades sobre o PMAQ-AB relacionados aos indicadores de monitoramento que podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser um representativo de melhoria de qualidade (NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015). Outro aspecto refere-se ao processo de seleção e adesão das equipes, o que pode ocorrer um viés pelos gestores, que passam a privilegiar as equipes com melhores resultados para recebimento de incentivos, fato este também confirmado por outro estudo (FAUSTO *et al.*, 2014). Em paralelo, destaca-se a ausência de uma cultura de avaliação, onde muitos profissionais sentem-se amedrontados com processos avaliativos, por não seguirem uma normatização ou pelo fato de os processos de negociação, na maioria das vezes, privilegiarem o poder da gestão política em detrimento da gestão técnica.

A literatura registrou ainda um instrumento de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), o qual se configura em um questionário estruturado, autoaplicável a ser respondido pelo profissional responsável (gerente) e equipe técnica de serviços de APS.

Seus idealizadores revelam que este instrumento tem como foco avaliativo a organização do trabalho como forma de aproximar-se do modo como as ações assistenciais são gerenciadas e diretamente operadas na atenção aos usuários. Mostrou-se viável e com boa acurácia enquanto instrumento de avaliação para gestão, já que pode orientar decisões de incremento da qualidade dos serviços. Vale lembrar que este instrumento será melhor descrito no próximo tópico deste capítulo (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado em bases de dados nacionais e internacionais procurou identificar os principais instrumentos que avaliam a APS, resultando em cinco deles, a saber: WHO *Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); e PCATools (*Primary Care Assessment Tool*). Os autores observaram que o PCATools e o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) são instrumentos que vêm sendo utilizados no Brasil. Portanto, o PCATools prevalece como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Importante destacar um estudo que descreve a relevância de utilizar instrumentos validados para avaliar a qualidade do atendimento na APS. Como há um grande número de instrumentos de avaliação sendo desenvolvidos em outros países, deve-se criar um processo de validação que evite a ocorrência de viés de aferição, sendo necessário também levar em conta os conceitos definidos na literatura, assim como os fatores culturais. O autor destaca ainda a importância de valorizar a colaboração interdisciplinar e os métodos de coleta de dados, bem como o estímulo à aplicação de um estudo-piloto, contemplando todas as etapas da pesquisa (STEIN, 2013).

O PCATool então, considerado um instrumento muito utilizado e adequado para as avaliações dos atributos da APS, permite identificar aspectos de estrutura e processo de serviços que exigem reformulação na busca da qualidade, tanto no planejamento como para a execução das ações de APS. Além disso, os estudos revelam que este instrumento permite avaliar a atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária; e a competência cultural, indo ao encontro da proposta da PNAB, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015; FRACOLLI *et al.*, 2014).

Estudiosos apontam os indicadores de saúde na implementação da ESF como um poderoso instrumento de gestão e avaliação da situação de saúde para documentar as desigualdades, determinar grupos com maiores necessidades, estratificando o risco

epidemiológico e identificando áreas críticas. Destacam ainda a contribuição destes na avaliação dos níveis de saúde e no desenvolvimento socioeconômico da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida e à predisposição individual (MAGALHÃES *et al.*, 2012; CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Foi possível constatar na literatura que, a nível internacional, os indicadores de saúde também são bastante utilizados para avaliar a qualidade nas práticas de Atenção Primária. A “Ferramenta de Qualidade”, desenvolvida em Ontário, no Canadá, fornece uma estrutura para avaliar práticas e consiste em indicadores e critérios. O estudo resultou em um conjunto de 81 indicadores de cuidados primários validados por meio de um painel Delphi de peritos canadenses. A validação dos indicadores forneceu uma base sólida para a próxima versão da Ferramenta de Qualidade aplicável ao atual contexto da atenção primária canadense e internacional, representando uma ampla gama de domínios úteis para prestadores de cuidados primários (LEVITT *et al.*, 2014).

Outro estudo chama atenção sobre um aspecto importante a ser considerado na avaliação da qualidade da Atenção Primária: a avaliação pela perspectiva do usuário, a qual é considerada de relevância, pois inclui a opinião deste como um norteador para o planejamento e a tomada de decisões nos serviços de saúde. O estudo faz um alerta para diferentes pontos, entre os quais se destaca a necessidade de continuar construindo uma metodologia robusta de avaliação pela perspectiva do usuário com um instrumento com a possibilidade de aplicabilidade nacional (PAIVA *et al.*, 2015).

Importante destacarmos aqui uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) referente ao projeto QualificaAPSus lançado em janeiro de 2016 com o objetivo de subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O QualificaAPSUS está vinculado à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde da Sesa, cuja missão é fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das Redes de Atenção. A consolidação das Redes de Atenção à Saúde depende de uma APS que cumpra seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde.

A metodologia do Projeto QualificaAPSUS Ceará tem como propósito o desenvolvimento de competências – conhecimento, habilidade e atitude – nos profissionais, com vistas ao trabalho em equipe. Assim, o projeto traz em seu escopo a realização de seis

oficinas em paralelo a um sistema de tutoria in loco, proporcionando instrumentos, ferramentas, tecnologias de planejamento e de organização do trabalho para a qualificação da APS.

Compreender a avaliação como um processo dinâmico e permanente capaz de incentivar a capacidade crítico-reflexiva é fundamental, e é neste contexto que, apesar de visualizarmos a importante iniciativa do governo do estado do Ceará em implantar avaliações de qualidade para a APS, entendemos a relevância da contínua realização de práticas avaliativas, por seu caráter processual, contínuo, somativo e formativo, sem perder de vista os diferentes aspectos que cada modelo avaliativo se propõe a trazer de acordo com sua particularidade e singularidade.

Nossa ainda pequena experiência com avaliação de serviços de saúde, ao lado da complexidade do projeto definido pelo SUS para a APS, exige a soma de inúmeros esforços e a articulação de pesquisas e experiências de gestão. A exigência de uma estruturação que aborde dimensões mais globais capazes de contemplar esta diversidade de ações favorece a emergência de instrumentos com semelhanças, diferenças e aspectos complementares. Assim, a multiplicidade das avaliações, com focos, estratégias e instrumentos diversificados, traz maior riqueza às análises, pois permite comparações e complementaridades que ampliam a visibilidade do sistema e fortalecem a implementação de uma cultura avaliativa nos serviços, um dos passos na direção de um modelo assistencial comprometido com a saúde como direito (AKERMAN; FURTADO, 2016).

3.4 Apresentação e Contextualização do Instrumento QualiAB

O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB foi desenvolvido e validado entre 2006/2007, em três Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (PPSUS), e foi aplicado novamente em 2010, em parceria com a Secretaria do Estado de São Paulo (2.735 serviços). Foi atualizado e validado em amostra nacional por projeto financiado pelo CNPq, concluído em janeiro de 2016 (ZARILI, 2015; CASTANHEIRA *et al.*, 2014; 2011).

Foi construído por pesquisa avaliativa realizada por processo de consenso iterativo, que incluiu: metodologias qualitativas, teste-piloto, validação de construto e confiabilidade. A definição dos padrões utilizados se deu a partir do reconhecimento da qualidade como construto definido pelos princípios e diretrizes da PNAB, da literatura científica dessa área e da realidade dos serviços de atenção primária em diferentes contextos políticos e sociais, contemplando, especialmente, aqueles localizados em municípios de pequeno e médio porte do estado de São Paulo. Foi dirigido a todos o serviço de APS das regiões incluídas, independentemente do arranjo organizacional, se pertencente ou não à ESF (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Em linhas gerais, o QualiAB parte dos seguintes pressupostos: todos os serviços de saúde na APS devem possuir um nível aceitável de qualidade; o processo de construção de um novo modelo assistencial passa, necessariamente, pelo envolvimento ativo das equipes locais e por mudanças nos processos de trabalho; instrumentos que avaliam a qualidade de serviços devem valorizar indicadores de processo que reflitam a dinâmica do trabalho; e os padrões de qualidade devem ser atualizados e redefinidos na medida em que sejam conquistados novos patamares (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Assim, a avaliação proposta tem por finalidade favorecer o debate sobre os processos de trabalho instituídos na ESF, de modo a permitir tanto a identificação de qualidades como de obstáculos a superar, assim como uma reflexão crítica sobre os padrões de qualidade adotados, de modo a incrementar a qualidade da APS.

Nessa perspectiva, o QualiAB procura situar-se nos limites entre uma avaliação normativa – com a quantificação de elementos formais que apontem para as condições do êxito técnico – e uma avaliação formativa – aquela que enfatiza o aprendizado, que produz para os sujeitos implicados na avaliação informações que contribuam para a superação de obstáculos identificados (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

O instrumento foi desenhado para ser autorrespondido pelos serviços de Atenção Básica sob responsabilidade direta do gerente local, preferencialmente com a participação de toda a equipe.

A abordagem desenvolvida pela equipe QualiAB toma como referencial o de Donabedian, sendo assim, este instrumento define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência do conjunto de atividades e programas sob responsabilidade da APS.

Dessa maneira, a estrutura do questionário original é composta por 115 questões, sendo estas distribuídas em quatro blocos temáticos, a saber: I. Identificação e características gerais do serviço; II. Estrutura física, procedimentos e insumos básicos; III. Organização da atenção à saúde; IV. Gestão e gerenciamento local, a qual está representada na figura 1.

Vale ressaltar que os blocos temáticos III e IV possuem ainda outros subblocos para compor de forma sistematizada os indicadores que caracterizam e analisam o componente processo, o qual consiste no foco avaliativo do instrumento.

Figura 1 - Estrutura original do Questionário QualiAB, segundo o Caderno de boas práticas para organização de serviços de Atenção Básica. Botucatu, São Paulo, 2016

I. Identificação e características gerais do serviço (15 questões)**II. Estrutura física, procedimentos e insumos básicos (8 questões)****III. Organização da atenção à saúde (72 questões)**

III. 1. Promoção, prevenção e educação em saúde (4)

III. 2. Organização da assistência (4)

III. 3. Saúde da Mulher (19)

III. 4. Saúde da Criança e do Adolescente (10)

III. 5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (14)

III. 6. Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (18)

III. 7. Saúde Bucal (3)

IV. Gestão e gerenciamento local (20 questões)

IV.1. Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde (8)

IV.2. Características do Processo Gerencial (12)

Fonte: Caderno de boas práticas para organização de serviços de Atenção Básica (2016).

Ao abranger um grande número de ações procurando contemplar o complexo conjunto de atividades previstas como de competência da APS num único instrumento, o QualiAB apresenta-se como um instrumento com capacidade de realizar uma avaliação sintética e global do desempenho dos serviços, procurando abarcar a diversidade e complexidade de suas ações.

Como resultado de suas duas aplicações em São Paulo, o QualiAB mostrou: factibilidade, aceitabilidade, bom poder de discriminação, e utilidade para auxiliar a gestão da rede de Atenção Básica do SUS (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Outra potencialidade do QualiAB é sua validade para todas as UBS no Brasil, ou seja, sua replicabilidade, característica fundamental para os modelos cientificamente fundados. A avaliação da APS mediante a utilização de um instrumento padronizado tem, assim, a justificativa de contribuir para o conhecimento dessa rede de serviços e também para sua definição tecnológica, conforme expresso nos parágrafos anteriores, a partir da consideração de que a valorização da cultura avaliativa e a orientação a partir do processo de trabalho favorecem repensar e propor mudanças.

Dessa forma, no momento em que a APS volta a ser foco de atenções e investimentos, a diversificação e o aperfeiçoamento de metodologias de avaliação, como o QualiAB, podem ser propulsores de mudanças para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS em práticas mais responsivas e inclusivas (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

3.5 Referencial Teórico de avaliação em saúde – Avedis Donabedian

Os estudos sobre avaliação da qualidade na Atenção Básica admitem a presença de muitos problemas metodológicos, destacando-se a complexidade da assistência prestada, a boa qualidade do cuidado técnico e a cobertura adequada da população adscrita (NEMES, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

De acordo com Starfield (2002), existe a necessidade constante de atualização dos padrões de qualidade com redefinição sucessiva dessa qualidade em busca do ideal. Sendo assim, quando um determinado padrão é alcançado, faz-se primordial atingir um patamar superior, visto a impossibilidade de estabelecimento de padrões normativos de qualidade absolutos e imutáveis. Então, é nesse contexto que se encaixa a avaliação em saúde como forma de obter suporte nas tomadas de decisões e alcance de metas a fim de melhorar o nível de qualidade da assistência à saúde.

Dessa forma, entre os modelos de avaliação de serviços e políticas de saúde, o desenvolvido por Avedis Donabedian está entre os mais utilizados, no qual sua contribuição mais persistente é defendida pela reflexão sobre o componente ético que define as relações no âmbito da qualidade. Ele debateu sobre a responsabilidade ética com os clientes e como isto afeta os profissionais de saúde, sejam técnicos, professores, gestores e administrativos integrando em todos os níveis uma visão profunda e global (DONABEDIAN, 1993).

Este teórico nasceu em Beirute, no Líbano, sendo criado em Ramallah, nos arredores de Jerusalém. Graduou-se em medicina, pela Universidade Americana de Beirute e em 1955 obteve o título de mestre em Saúde Pública, na *Harvard School of Public Health*. Seus trabalhos no campo da saúde pública contribuíram muito no âmbito da qualidade, representando um ponto de inflexão no desenvolvimento de uma ciência. Seu amplo trabalho na sistematização de conhecimento dentro das ciências da saúde, especialmente centrado na melhoria da qualidade da assistência, tem sido reconhecido mundialmente (FRENK, 2000).

Segundo este autor os estudos de qualidade são ordinariamente preocupados com, pelo menos, um de três objetos: o primeiro é referente ao cuidado real fornecido por uma determinada categoria de prestadores de cuidados, o segundo, ao cuidado real recebido por um grupo específico de pessoas e em terceiro, a capacidade de um grupo especificado de provedores para prestar cuidados (DONABEDIAN, 2005).

Para o referido autor a qualidade deve ser entendida sob três aspectos: a qualidade técnico-científica, a qualidade na interrelação e a centralidade da satisfação dos usuários como um dos elementos mais importantes em seus conceitos. O autor apresenta ainda sete pilares sob

os quais a qualidade da prestação de serviços de saúde baseia-se: a eficácia, a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade, denominadas por ele como os sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Reis *et al.* (1990), cita que Donabedian utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e tendo como referencial a teoria dos sistemas, sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Neste contexto, refere que o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Assim, ao adotar o referencial de Avedis Donabedian, tem-se que nas dimensões estruturais são analisados os recursos em termos de força de trabalho, condições físicas, instalações, equipamentos e estrutura organizacional para verificar sua adequação aos critérios e padrões estabelecidos, como os padrões de segurança e higiene, nível de educação dos profissionais e critérios técnicos dos equipamentos (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Com relação ao processo, a sua avaliação possibilita investigar os cuidados que foram disponibilizados e recebidos na atenção à saúde, demonstrando como esta realmente funciona. Nesse sentido, o estudo do processo é a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção à saúde oferecida no primeiro nível de assistência. De acordo com Donabedian, o juízo acerca da qualidade do processo pode ser obtido por meio da observação direta ou através da revisão de informação registrada (DONABEDIAN, 1982).

Vale ressaltar que o autor considera a avaliação do processo como o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada, enquanto que os resultados são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo. (DONABEDIAN, 2003).

Dessa forma, o resultado é entendido como o final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas do usuário com o cuidado prestado. Além dos aspectos físicos e fisiológicos, compreende também a melhora da função social e psicológica do paciente, conhecimentos adquiridos sobre a doença ou situação de saúde e as atitudes a elas relacionadas (DONABEDIAN, 1982).

Diante disso, Donabedian recomendava que a avaliação da qualidade fosse baseada, não só na satisfação dos usuários, mas também na satisfação dos profissionais e em fatores objetivos. Apesar da limitação relacionada à abrangência desta classificação e a redução que

ela opera do real, a tríade proposta por Donabedian, tem utilidade prática na primeira aproximação com o objeto de avaliação (HARTZ; SILVA, 2005).

Dessa forma, o autor considera que a qualidade do cuidado encontrado na prática é produto da ciência, e a tecnologia do cuidado na saúde, da aplicação da ciência e da tecnologia na prática atual e esse produto pode ser caracterizado por vários atributos que incluem eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e Tipo de Estudo

Para o alcance dos objetivos e finalidade do estudo, foi realizada uma pesquisa avaliativa, na qual Hartz e Vieira (2005) a define como o procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. Complementam ainda, que se trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Para Minayo (2008) avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. A avaliação deve fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

Em virtude da pluralidade de dimensões e capilaridade de ações na APS, torna-se primordial a realização de avaliações relativas à sua organização, implantação, processos de trabalho e os impactos relacionados a ela, além da verificação de sua qualidade.

Vale ressaltar que, neste estudo, o padrão de qualidade adotado se baseia nas diretrizes do SUS e em sua representação na PNAB que organizam as ações e práticas, direcionando a uma racionalidade técnico-política, a qual orienta o modo de operacionalizar a atenção à saúde, nesse sentido, o modelo assistencial que se quer efetivar (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Pelo fato do conceito de qualidade trazer uma complexidade inerente, nos modelos avaliativos tradicionais, a dimensão objetiva acaba por prevalecer, não sendo abordada a dimensão subjetiva e a intersubjetividade das relações humanas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Assim, acreditando-se na importância da inclusão da dimensão subjetiva nas pesquisas avaliativas, neste estudo foram empregadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Então, da abordagem qualitativa espera-se, além da complementaridade à outra, a compreensão dos significados e fenômenos pesquisados (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

No tocante à abordagem quantitativa, o estudo utilizou um Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), o qual toma como referencial o de Donabedian (1992), considerada uma metodologia adequada para avaliar a qualidade da APS no município de Sobral, Ceará, a qual requer a aproximação de um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes de qualidade, a saber: estrutura, processo e resultado.

Então, nesta pesquisa, considerou-se como componente estrutura, as características de espaço físico em termos de infraestrutura básica, equipamentos e insumos, além da realização de procedimentos básicos previstos para este nível de atenção. Esse conjunto de recursos dá suporte para uma ampla gama de atividades e representa, assim, condição mais geral para uma atenção de qualidade. O componente processo refere-se à organização do complexo conjunto de ações mais diretamente vinculadas ao cuidado, envolvendo ações de promoção, prevenção e assistência, tomando este componente como foco central de avaliação neste estudo.

Já a abordagem qualitativa trouxe um enfoque sobre a percepção dos gerentes das unidades de saúde quanto ao processo avaliativo e os possíveis impactos provocados por meio desta avaliação, no intuito de produzir um conhecimento mais aprofundado destes atores sobre o tema avaliação em saúde na APS. Vale ressaltar que este tópico será mais detalhado em “Procedimentos para coleta dos dados”.

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Sobral, localizada na região Norte do estado do Ceará, possuindo uma distância de cerca de 238 km da capital, Fortaleza. É considerada a quinta cidade mais povoada do Estado sendo a maior economia do interior do Ceará e a 8ª maior economia do interior nordestino, possuindo também o maior centro de saúde do interior do Ceará (IBGE, 2017).

Este município conta com uma área de 2.122,897 km² e uma população estimada, em 2017, de 205.529 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

Sobral é a sede da macrorregião de saúde composta por 55 municípios, que estão distribuídos em cinco regiões de saúde, sendo elas: 11ª Região de Saúde – Sobral, 12ª Região de Saúde – Acaraú, 13ª Região de Saúde – Tianguá, 15ª Região de Saúde – Crateús, 16ª Região de Saúde – Camocim. Sendo assim, este município possui 35 Unidades Básicas de Saúde, sendo 21 localizadas na sede e 14 localizadas nos distritos.

O município de Sobral, no que concerne à ESF, tem as ações e serviços de saúde configurados como objeto privilegiado de estudos e construção da integralidade em saúde. As instituições de saúde configuram-se como um ambiente de construção de novas práticas e estratégias, materializando a integralidade como princípio, o direito e o serviço na atenção e cuidado à saúde (LINHARES *et al*, 2010).

Dessa forma, a concepção de saúde adotada em Sobral é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersetoriais e

interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento. Os serviços de APS são estruturados com base na ESF desde 1997 (ANDRADE *et al.*, 2004).

Vale ressaltar que, nesta pesquisa, objetivando avaliar a qualidade da APS em Sobral, foram avaliadas, por conveniência, as unidades pertencentes à zona urbana, compreendendo assim, 22 unidades básicas compostas por 46 equipes de saúde da família.

4.3 Período de realização do estudo

A coleta de dados da pesquisa foi realizada de novembro de 2018 a janeiro de 2019 após apreciação e aprovação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. As demais etapas do estudo, como análise das informações e sistematização final da pesquisa, ocorreram no período de fevereiro a abril de 2019.

Vale ressaltar que o estudo vem sendo desenvolvido desde março de 2017, período este de inserção ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

4.4 Participantes do Estudo

O estudo foi realizado com os gerentes das UBS de Sobral, juntamente com os demais profissionais de saúde que compreendem as equipes de saúde da família das respectivas unidades, sendo 22 gerentes pertencentes à sede composta por 46 equipes de Saúde da Família.

Vale salientar que a abordagem avaliativa do Questionário (QualiAB) é focada no cotidiano dos gerentes e profissionais da ponta, tomando por objeto a organização do processo de trabalho enquanto base material definidora dos atributos de qualidade do serviço (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Dessa forma, a participação da equipe torna-se fundamental para que o processo avaliativo alcance seu objetivo enquanto instrumento de reflexão sobre o trabalho.

4.5 Métodos e Procedimentos para Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, foi realizada a aplicação de uma adaptação do Instrumento QualiAB (Anexo A), uma vez que a metodologia original deste destina-se a todos os serviços

que compõem a rede de atenção básica, independentemente do modelo adotado, não sendo exclusiva para ESF e, nesta pesquisa, foram avaliados apenas os serviços pertencentes à ESF, respeitando-se as especificidades da realidade local, justificando, dessa forma, a necessidade de adaptação do referido instrumento.

Vale ressaltar que os instrumentos de avaliação de qualidade devem ser flexíveis e dinâmicos. Campos (2005) afirma que os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços. Dependem também de situações muito particulares em que se dá o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, comparativamente a outros em condições semelhantes, em uma dada realidade.

Para aplicação online do questionário foi utilizado um *software* livre de plataforma *web* denominado *LimeSurvey*, o qual foi hospedado no *DataCenter* da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, e disponibilizado para cada UBS somente o *link* para responder o questionário, juntamente com seu *token* de acesso.

A estrutura do questionário adaptado para este estudo de acordo com a realidade local é composta por 91 questões distribuídas de acordo com os mesmos blocos temáticos da versão original, representada na figura 2:

Figura 2 – Estrutura adaptada do questionário QualiAB para este estudo, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

<p>I. Identificação e características gerais do serviço (7 questões)</p> <p>II. Estrutura física, procedimentos e insumos básicos (7 questões)</p> <p>III. Organização da atenção à saúde (61 questões)</p> <p>III. 1. Promoção, prevenção e educação em saúde (4)</p> <p>III. 2. Organização da assistência (7)</p> <p>III. 3. Saúde da Mulher (16)</p> <p>III. 4. Saúde da Criança e do Adolescente (7)</p> <p>III. 5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (10)</p> <p>III. 6. Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (14)</p> <p>III. 7. Saúde Bucal (3)</p> <p>IV. Gestão e gerenciamento local (16 questões)</p> <p>IV.1. Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde (7)</p> <p>IV.2. Características do Processo Gerencial (9)</p>
--

Fonte: Elaborada pela autora + QualiAB

A organização sequencial das questões em blocos temáticos procura facilitar o preenchimento, de forma a reunir atividades afins e o conjunto das respostas permite uma descrição geral da organização do serviço. Além disso, as alternativas de cada questão procuram dar conta da diversidade de ações possíveis a cada conjunto temático.

O questionário é composto por questões de múltipla escolha com duas formulações distintas: as que admitem como resposta a escolha de uma única alternativa e as que possibilitam a escolha de várias alternativas. Em ambos os casos há questões descritivas e questões pontuadas.

A formulação e pontuação das questões refletem a qualidade esperada, ou seja, os parâmetros utilizados na definição do padrão desejável para a Atenção Básica. Nesse sentido, e dentro do quadro avaliativo utilizado, foram valorizadas características de estrutura e processo coerentes com os princípios e diretrizes do SUS e expressos no Pacto pela Vida (Brasil, 2006a), e definidos em normas e protocolos do sistema público de saúde.

As questões pontuadas foram classificadas em uma escala de 0, 1, e 2, sendo que a pontuação 2 representa a melhor qualidade. Em linhas gerais, a pontuação seguiu o seguinte padrão:

0 (zero) – ausência da ação e/ou recurso, ou sua execução e/ou disponibilidade em patamares mínimos, abaixo dos quais perdem seu significado técnico operacional;

1 (um) – execução da ação e/ou disponibilidade do recurso dentro do padrão médio esperado;

2 (dois) – executa a ação ou tem disponibilidade de recursos segundo o melhor padrão possível para momento atual da rede básica.

Assim, a média aritmética da pontuação de todas as respostas atribuí, ao serviço respondente, um grau de qualidade expresso pela distância do melhor padrão possível correspondente à média dois.

Com o foco avaliativo no processo de trabalho operado nos serviços, as questões e a pontuação atribuída procuram refletir os seguintes valores, com base em normas e protocolos já estabelecidos para a Atenção Básica: 1. Importância epidemiológica das ações; 2. Importância clínico/epidemiológica; 3. Viabilidade técnica – tecnologia passível de incorporação nos moldes prevalentes de organização dos serviços de atenção primária; 4. Viabilidade técnico-operacional – tecnologia disponível em serviços públicos de atenção Primária; 5. Seguimento de normas e protocolos programáticos segundo referências oficiais adotadas pelo SUS; 6. Mecanismos gerenciais de fortalecimento do trabalho em equipe; 7. Valorização de ações de planejamento e avaliação; 8. Frequência esperada (Castanheira et. al., 2007).

Dessa forma, esses critérios orientaram a definição da pontuação de cada questão, procurando-se manter o foco avaliativo na coerência entre a estrutura e os processos desenvolvidos e o projeto médico sanitário que representam, desde a formulação das questões até sua pontuação e tradução como indicadores de qualidade.

Para sistematizar e operacionalizar os procedimentos de coletas de dados optou-se por descrever a composição do questionário em dois componentes propostos por Donabedian (1988), a saber:

4.5.1 Análise da estrutura

A estrutura eleita foi a de compor o instrumento com questões que apenas caracterizem o serviço (questões descritivas) e de questões cujas respostas classifiquem o serviço segundo grau de qualidade (questões pontuadas).

Dessa forma, as questões relacionadas à estrutura são referentes às características de espaço físico em termos de infraestrutura básica, equipamentos e insumos, além da realização de procedimentos básicos de rotina previstos para este nível de atenção.

4.5.2 Análise do processo

Tendo como foco avaliativo deste instrumento o processo de trabalho operado nos serviços, as questões deste componente procuram refletir os indicadores de qualidade que apontem: quais as ações realizadas, como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Básica pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a).

Tais ações estão diretamente ligadas à organização da atenção à saúde vinculada à promoção, prevenção e educação em saúde no tocante à saúde da mulher; saúde da criança e do adolescente; saúde do adulto e da pessoa idosa; atenção a agravos de relevância epidemiológica e social; saúde bucal, além de questões que se referem ao processo de gestão e gerenciamento local.

Sendo assim, neste instrumento, é dado maior peso aos indicadores de processo, de modo a instrumentalizar discussões sobre a organização das ações realizadas na unidade e que dependem, fundamentalmente, da atuação dos agentes que lá trabalham.

Para a etapa qualitativa desta pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete gerentes das UBS denominados informantes-chave, os quais foram escolhidos de

forma intencional, a fim de coletar informações sobre a percepção destes atores quanto ao processo avaliativo e possíveis impactos provocados por meio desta avaliação, para o aprofundamento sobre o tema avaliação em saúde na APS.

As entrevistas são consideradas as técnicas de pesquisa mais utilizadas no trabalho de campo, fornecendo informações subjetivas sobre a realidade dos sujeitos, expressando suas opiniões, crenças, ideias, sentimentos, modos de atuar e de sentir, condutas, razões de comportamentos e de atitudes (MINAYO, 2010).

Vale ressaltar que as entrevistas foram previamente agendadas, em data e horário escolhidos pelos participantes, assim como o local de realização. As falas foram gravadas para posterior transcrição e minuciosa análise. Foi utilizado também um diário de campo, com anotações de acontecimentos pertinentes desde o planejamento para a execução das entrevistas, imprevistos, dificuldades, facilidades, impressões sobre a atividade, ambiente físico para a realização das mesmas, entre outros, com o objetivo de auxiliar na fase de análise dos dados. O roteiro formulado para as entrevistas semiestruturadas encontra-se no apêndice A.

4.6 Apresentação e análise das informações

Apesar da ferramenta *LimeSurvey* disponibilizar uma análise substancial dos dados, esta não conseguiu suprir todas as necessidades para uma avaliação correta dos indicadores e critérios associados ao QualiAB. Assim, foi construída a ferramenta QualiABSobral, desenvolvida em plataforma *web* e alimentada a partir da importação dos dados inseridos no *software* utilizado na coleta dos dados. Esta ferramenta foi desenvolvida e programada para calcular a média da pontuação das questões, dos indicadores por UBS, além de produzir alguns gráficos estratégicos para as questões.

Além disso, o processamento dos dados obtidos a partir da aplicação do questionário QualiAB e a produção das tabelas também foram realizados no programa Excel, e utilizados cálculos de frequências para adequação aos parâmetros de análise do instrumento por meio de estatística descritiva simples.

Esta técnica de análise tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores. Ela organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas resumindo as informações contidas nesses dados, através de medidas de

tendência central e dispersão dos dados, como média, mediana, variância, desvio padrão, coeficiente de variação (ou desvio padrão relativo) (ROWE, 2007).

Para tratamento dos dados qualitativos empregou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011). Para o suporte no processo de análise foi utilizado o *software* N Vivo 11. Assim, o processo de análise foi organizado em três fases, a saber: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura geral do material eleito para a análise, no caso de análise de entrevistas. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, tal sistematização serve para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Sendo que esta fase compreende:

- a) Leitura flutuante: é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas;
- b) Escolha dos documentos: consiste na definição do *corpus* de análise;
- c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
- d) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado.

A segunda etapa, exploração do material, consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (1977) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, a qual consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais

básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, o presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (Anexo B) e, posteriormente a sua autorização, com emissão da Carta de Anuência, foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas. Assim, a pesquisa apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob número do Parecer: 3.027.002 em 20 de Novembro de 2018 (Anexo C).

Os participantes da pesquisa foram informados acerca dos objetivos e propósitos da estudo e, após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B e Apêndice C), conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, a pesquisa apresentou riscos mínimos no que concerne à realização de entrevistas e aplicação de questionários, como a exposição da imagem, constrangimento ao responder as questões estabelecidas tanto na entrevista como no questionário e vazamento de dados e informações. Todavia, foram minimizados os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos; esclarecimento de que o participante poderia se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento, bem como, escolha do local de realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante; e abordagem cuidadosa para aplicação dos questionários com os gerentes e profissionais de saúde.

No que se refere à beneficência foi traçado como compromisso devolver os resultados ao serviço e aos profissionais envolvidos e identificar situações passíveis de mudanças que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS, além de apontar as possíveis diferenças de desempenho dos serviços no tocante à avaliação de Estrutura e Processo da Atenção Básica de Sobral.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram apresentados e organizados de acordo com a estrutura do instrumento QualiAB baseado na estrutura e processo de Donabedian sob a perspectiva da avaliação da qualidade da APS do município de Sobral, Ceará.

5.1 Análise da Estrutura

5.1.1 Características Gerais dos Serviços

Das 22 Unidades Básicas de Saúde pertencentes à zona urbana do município de Sobral, 18 (82%) participaram da pesquisa respondendo ao questionário. Destas, 10 (55,5%) responderam o instrumento com a participação do gerente da unidade juntamente com a equipe de profissionais, destacando-se o profissional enfermeiro, e 8 (44,5%) somente com a presença do gerente.

O fato da pesquisa não ter alcançado 100% das respostas pode estar relacionado ao desafio de sensibilização e adaptação de gestores e profissionais ao processo de avaliação em saúde. Resultado como este também pode ser observado em uma pesquisa de autoavaliação da qualidade da ESF no âmbito da gestão de municípios de Minas Gerais, a qual revelou um baixo retorno dos questionários enviados aos participantes, não atingindo 100% de resposta para nenhum dos três instrumentos utilizados na pesquisa (CARDOSO *et al.*, 2015).

Pesquisadores afirmam que, embora a avaliação em saúde seja um pressuposto da condição de gestão do sistema de saúde, essa ferramenta gerencial ainda não é utilizada em toda sua potencialidade, sendo pouco incorporada ao processo de trabalho cotidiano. Porém, sabe-se da importância e necessidade de propiciar a participação de gestores e profissionais nos processos avaliativos, visto que a avaliação favorece o desenvolvimento de processo crítico e reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde (CARVALHO *et al.*, 2014).

Importante salientar a presença significativa do enfermeiro no processo avaliativo da APS neste estudo. Porém, a coleta dos dados não possibilita uma análise mais qualificada sobre esse achado, mas nos revela que pode estar em desenvolvimento uma reconfiguração nos modos como esse profissional vem reorganizando seu processo de trabalho, afastando-se do modelo

tradicional que tem dado suporte à formação e à própria historicidade da profissão, e aproximando-se da formulação, pactuação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Quanto à distribuição das equipes de saúde da família por Centro de Saúde da Família (CSF) em relação à quantidade de moradores e famílias, observou-se que nove CSF (50%) não obedecem a quantidade ideal preconizada pela nova PNAB (2017), a qual recomenda a existência de uma equipe multiprofissional por 2000 a 3500 habitantes, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por CSF da zona urbana de Sobral, Ceará quanto à quantidade de moradores e famílias. Sobral, Ceará, Brasil, 2019

CSF	Quantidade de Moradores	Quantidade de Famílias	Quantidade de Equipes de Saúde da Família
CSF 1	6468	2234	2
CSF 2	5034	1438	2
<u>CSF 3</u>	<u>7954</u>	<u>2455</u>	<u>1</u>
<u>CSF 4</u>	<u>5445</u>	<u>1856</u>	<u>1</u>
CSF 5	10318	3199	4
<u>CSF 6</u>	<u>7805</u>	<u>2633</u>	<u>2</u>
CSF 7	5595	1597	2
<u>CSF 8</u>	<u>4344</u>	<u>1274</u>	<u>1</u>
CSF 9	7039	1759	2
<u>CSF 10</u>	<u>10976</u>	<u>3845</u>	<u>3</u>
<u>CSF 11</u>	<u>11491</u>	<u>3192</u>	<u>3</u>
<u>CSF 12</u>	3677	804	1
<u>CSF 13</u>	<u>11678</u>	<u>2808</u>	<u>2</u>
CSF 14	9669	3043	3
CSF 15	6076	1891	2
CSF 16	3854	1362	2
<u>CSF 17</u>	<u>11280</u>	<u>3500</u>	<u>3</u>
CSF 18	5500	1450	2

Fonte: Própria Pesquisa

Entretanto, é importante enfatizar que, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de “outros arranjos de adscrição”, com parâmetros

populacionais diferentes, que podem ter alcance maior ou menor do que o parâmetro recomendado. A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Apesar deste achado, verificou-se que dos 18 CSF estudados apenas três (17%) estão com a equipe de saúde da família incompleta com a ausência do profissional médico. Isto não significa dizer que as unidades encontram-se sem médicos, mas sim que há um desfalque deste profissional, de forma a haver uma sobrecarga de médicos de outras equipes dos mesmos CSF para atender a área descoberta. Este fato pode ser justificado pela recente saída dos médicos cubanos (no momento da coleta de dados desta pesquisa) do Programa Mais Médicos.

Além disso, dos 35 médicos integrantes das equipes dos 18 CSF, apenas quatro (11%) são médicos de outras especialidades e 31 (89%) são médicos de família e comunidade, fato este que fortalece a qualidade e longitudinalidade do cuidado em saúde pela capacidade do profissional de valorizar os atributos da APS. Cabe destacar também o apoio às equipes de saúde da família de outras categorias profissionais, tais como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, os quais são integrantes do NASF e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Segundo o número de consultas realizadas, observou-se que a média mensal de consultas médicas nas unidades estudadas foi de 613, enquanto a média de consultas de enfermagem foi de 1157. Quando acrescentamos as consultas de todas as categorias profissionais atuantes na APS de Sobral, temos uma média mensal de 2223 consultas. De acordo com estes resultados, podemos considerar que a ESF de Sobral procura garantir uma boa acessibilidade e resolutividade das demandas de saúde da população, de forma a obter uma alta cobertura assistencial.

O universo estudado apontou que há uma predominância do profissional enfermeiro (83%) ocupando a gerência das Unidades Básicas de Saúde, em que 12 deles (80%) são do sexo feminino e três (20%) do masculino. Os outros três gerentes (17%) pertencem às categorias de Nutrição, Educação Física e Farmácia.

Um estudo de revisão sobre as dimensões gerenciais na graduação em enfermagem aponta em seus resultados pesquisas que reforçam este achado, quando revelam que o enfermeiro é reconhecido como o profissional que mais detém informações sobre o funcionamento dos serviços e, por isso, como uma de suas prerrogativas profissionais, o gerenciamento da equipe e dos serviços de Enfermagem têm aproximado o enfermeiro do papel de gerenciar unidades de saúde (BARRETO *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que as Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) para a Graduação em Enfermagem incluem os conteúdos de administração/gestão entre aqueles considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades e competências profissionais e, talvez por este fato, os enfermeiros, em sua prática cotidiana, demonstram maior vocação, preparo e interesse para assumir as funções de gestor (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; BRASIL, 2001).

Além disso, uma pesquisa sobre a gestão do trabalho em UBS revela que, além do fato da enfermagem ter uma representação feminina muito forte, é preciso destacar que as mulheres têm ocupado grandes espaços de poder no mercado de trabalho, assumindo cargos de gestão, e é muito comum observar esse quantitativo nos serviços de saúde. Assim, visualiza-se a feminilização da força de trabalho da ESF muito potente no cuidado em saúde, o que pode ser observado também neste estudo com o fato de 77,7% dos gerentes da ESF de Sobral pertencerem ao sexo feminino (CELEDÔNIO *et al.*, 2017).

5.1.2 Estrutura Física, Procedimentos e Insumos Básicos

Considerando a média por indicador para avaliar a dimensão estrutura e suas relações com a oferta de uma assistência de qualidade e o alcance dos resultados esperados, observou-se que, entre os cinco indicadores avaliados, nenhum obteve pontuação inferior a 50%.

A tabela 2 mostra os indicadores selecionados, para esta dimensão avaliativa, segundo a média obtida por indicador, apontando os que alcançaram valores mais próximos e os que mais se distanciaram do padrão esperado, representado pela pontuação máxima atribuída (2).

Tabela 2 - Indicadores de qualidade quanto aos Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos da APS do município de Sobral, CE, 2019

Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem (%)
Q10 Insumos e Instalações da Sala de Vacina	2	100%
Q11 Procedimentos de rotina realizados na Unidade	2	100%
Q12 Exames feitos ou colhidos na Unidade	2	100%
Q8 Instalações Gerais	1,72	86%
Q9 Equipamentos e Recursos de apoio disponíveis	1,22	61%

Fonte: Própria Pesquisa

Conforme mostra a tabela 2, três indicadores de qualidade obtiveram o melhor desempenho com 100% do padrão esperado, os quais correspondem aos insumos e instalações da sala de vacina, procedimentos de rotina realizados na Unidade e exames feitos ou colhidos na Unidade. Em seguida estão as instalações gerais com 86% do padrão esperado, o que pode ser justificado pelo fato da APS de Sobral estar passando por um forte processo de modernização das UBS, porém, nem todos os CSF foram contemplados ainda pela reforma (até o momento da realização da pesquisa), de forma a conter aspectos estruturais ainda deficientes para obter uma melhor qualificação da atenção e do cuidado.

De acordo com os dados coletados, aqueles itens que não pontuaram por estar ausentes nos CSF corresponderam, em maior quantidade, às salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas (39%), seguido de bom estado de conservação relacionado à pintura, móveis, instalações elétricas e hidráulica (33%); Ventilação e iluminações adequadas (22%); Sala para realização de atividades educativas e grupos (17%); Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (17%); Sala de esterilização (11%) e Acesso à pessoas com deficiência (6%).

Um estudo realizado em Caxias, interior do Maranhão, com o objetivo de avaliar a infraestrutura das UBS, encontrou resultados semelhantes ao deste estudo, em que revela que, dos itens analisados, a sala de vacina foi o quesito que obteve melhor avaliação, em contrapartida, a avaliação geral aponta que o município ainda peca em aspectos importantes, os quais não permitem oferecer ao público um serviço que contemple os padrões ideais em sua estrutura, como por exemplo, o número insuficiente para consultórios (GOMES *et al.*, 2015).

De acordo com a nova PNAB, a ambiência de uma UBS é entendida como lugar social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017). Assim, se faz necessário investir na estrutura física e ambiência das unidades, visto que para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço. Além disso, é importante destacar que uma infraestrutura adequada das UBS é central para que se possa oferecer uma atenção primária à saúde de qualidade à população brasileira, fortalecendo o SUS e aproximando-o de sua imagem de um sistema público universal de qualidade (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Importante ressaltar a questão da adequação das unidades para atender usuários portadores de deficiência, a qual também foi mencionada pela ausência em 17% das unidades por falta de banheiro adaptado e em 11% pela deficiência na acessibilidade, mas que merece especial atenção, visto que tanto os serviços de saúde da família quanto os de média e alta

complexidade devem garantir o amplo acesso e acessibilidade da comunidade, além de que, como qualquer outro grupo populacional, as pessoas com deficiência necessitam de acesso à saúde (MARTINS *et al.*, 2016).

Estudos internacionais também enfatizam a necessidade de melhorias na acessibilidade, uma vez que a dificuldade ou impossibilidade de entrar em um estabelecimento é uma razão de pacientes com deficiência não procurarem os serviços de saúde. Dessa forma, uma pesquisa desenvolvida na Índia, com 839 pessoas com deficiência e 1153 sem deficiência, revelou que aquelas com deficiência apresentaram uma necessidade de busca por serviços de saúde maior em comparação com as pessoas sem deficiência (MUDRICK *et al.*, 2012; GUDLAVALLETI *et al.*, 2014; LAGU; IEZZONI; LINDENAUER, 2014).

Para avaliação dos equipamentos e recursos de apoio disponíveis, obteve-se 61% do padrão esperado, em virtude da ausência de itens fundamentais para cobrir adequadamente as necessidades assistenciais, tais como desfibrilador (100%); Oxímetro de pulso (94%); Carrinho de emergência (83%); Veículo para uso da Unidade (83%); Cilindro de oxigênio (17%); Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário (11%); Sonar doppler (11%); Tensiômetro (11%) e Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados (6%).

A realidade do município de Sobral quanto à insuficiência de equipamentos adequados de urgência e emergência no nível primário de atenção, tais como desfibrilador, oxímetro de pulso, cilindro de oxigênio e carrinho de emergência, não se distancia dos demais no território brasileiro. Sabe-se que a ESF, eixo principal da APS, é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive das situações de urgências.

Porém, uma pesquisa realizada em Campina Grande revelou inúmeros entraves para a adequada atenção às urgências na ESF, dentre eles, a falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência foi um dos destaques que impedem os profissionais de proporcionar atendimento adequado (FARIAS *et al.*, 2015).

Outro estudo realizado em um município da Paraíba, revelou que, no tocante à existência de equipamentos necessários à um atendimento de urgência e emergência, a resposta foi unânime, em que 100% dos profissionais afirmaram não haver esses pré-requisitos na UBS. Dessa forma, este fato dificulta as atividades da equipe, uma vez que repercute diretamente na resolubilidade do problema, no processo de trabalho destes profissionais e na satisfação do usuário com o serviço oferecido (NÓBREGA; BEZERRA; SOUSA, 2015).

Estudos realizados em um município de Santa Catarina e do Piauí sobre a percepção de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica na Rede de Urgência encontraram

resultados semelhantes, quando mostram que uma das dificuldades principais enfrentadas pelos profissionais é a falta de estrutura, material e equipamentos adequados para prestar uma assistência de qualidade (HERMIDA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

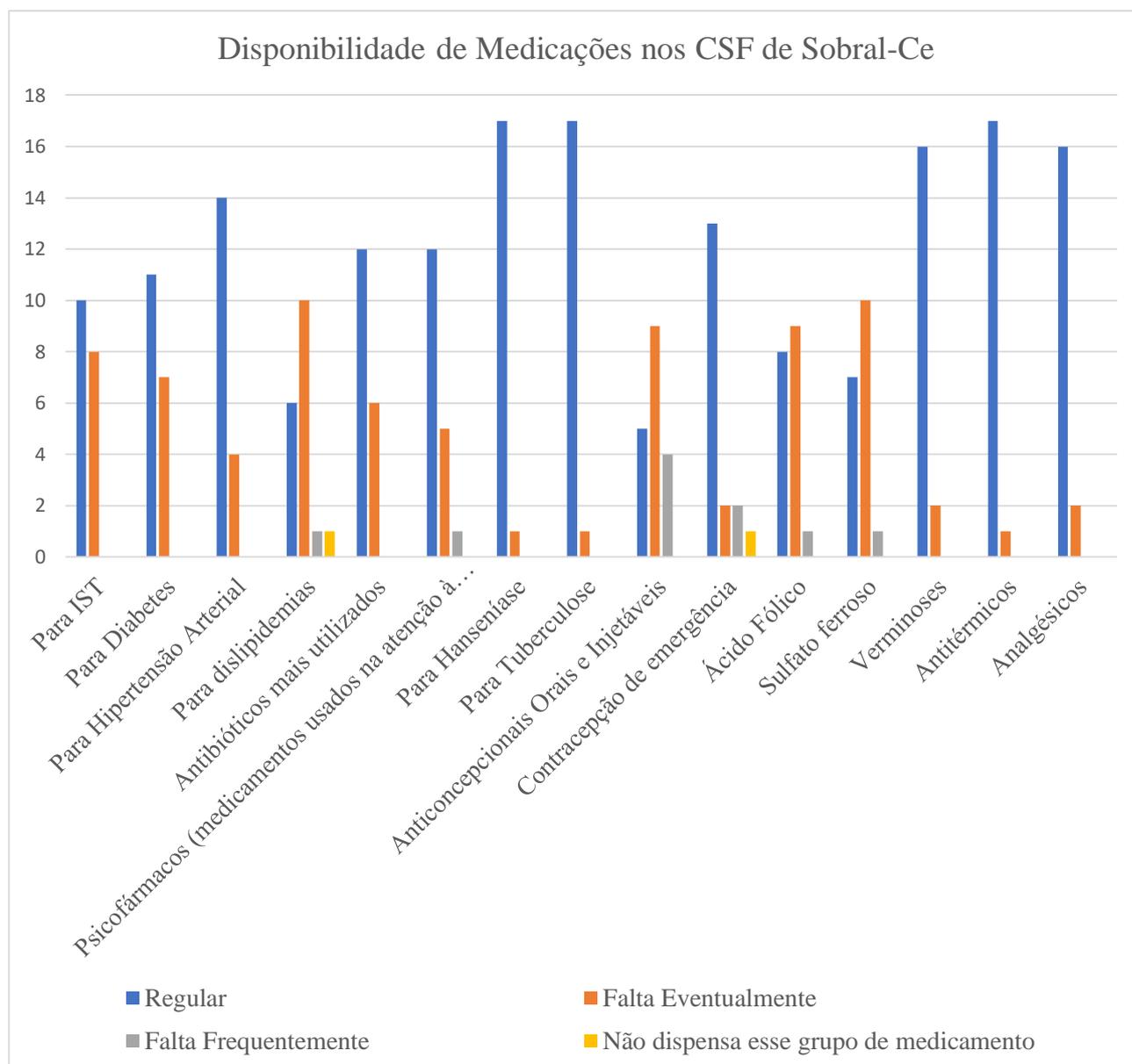
A nível internacional também foram constatadas falhas no atendimento às urgências no nível primário de atenção. Estudos realizados em Alexandria, Egito e Arábia Saudita também detectaram falta de equipamentos e medicamentos essenciais para prestar assistência de qualidade aos seus usuários (MOHEY; AL AZMI, 2017; ALSAAD *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) preconiza que o atendimento de urgência seja realizado em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive na APS, embora os profissionais desse nível de atenção não se reconheçam como responsáveis por esse tipo de assistência e, ao se depararem com situações de urgência, utilizem apenas o encaminhamento do paciente. Além disso, a PNAU recomenda que todas as unidades de saúde devem ter espaço físico adequado, medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade até que elas sejam referenciadas para os outros níveis de complexidade (BRASIL, 2006b).

Outra questão apontada como ausência na maioria dos CSF deste estudo foi o veículo para uso da Unidade (83%), o qual considera-se como parte dos recursos de suporte para atividades de rotina, tais como: transporte de exames para o laboratório, visitas domiciliares, assistência domiciliar, entre outros. Um estudo realizado em Minas Gerais para avaliar a infraestrutura e os equipamentos para ações na APS também avaliou este item negativamente e considerou alarmante não haver um veículo para deslocamento para ações externas, o que compromete a disponibilidade para a assistência ao usuário e prejudica a qualidade do cuidado (MOREIRA *et al.*, 2017).

A disponibilidade ao conjunto de medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) também foi um item avaliativo para contemplar a análise da estrutura da APS de Sobral. O gráfico 1 mostra a disponibilidade destes medicamentos classificando-os em frequência regular; Falta eventual; Falta frequente e Não dispensa esse grupo de medicamentos.

Gráfico 1 – Disponibilidade de medicamentos previstos na RENAME na APS de Sobral, Ceará



Fonte: Própria Pesquisa

De acordo com o gráfico 1 podemos observar que, para Tuberculose e Hanseníase, 94% dos CSF estudados referiram acesso regular para medicamentos relacionados a estas doenças. Já um estudo com o objetivo de caracterizar a disponibilidade de medicamentos nos serviços de assistência farmacêutica na APS em 273 municípios brasileiros encontrou disponibilidade de medicamentos para Tuberculose inferior a 40% em todas as regiões do País, indicando um desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde, visto que a garantia de acesso aos medicamentos é componente essencial para a redução da prevalência da tuberculose no País e, conseqüentemente, na região das Américas (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A disponibilidade de medicamentos para Hipertensão e Diabetes foi classificada em 78% e 61% respectivamente para acesso regular nos CSF estudados. Este resultado foi semelhante a de um estudo que também avaliou o acesso a medicamentos para estas doenças crônicas na ESF, em que a prevalência de acesso a eles foi de 69% para hipertensos e 75% para diabéticos. Porém, de acordo com os parâmetros recomendados pela OMS, a qual preconiza índices superiores a 80%, este percentual é classificado como baixo a médio acesso, podendo assim, obtermos esta classificação também para o presente estudo. A partir deste resultado, pode-se inferir que, apesar da dispensação destes medicamentos na ESF, ainda há hipertensos e diabéticos que necessitam comprá-los (BARRETO *et al.*, 2015; OMS, 2004).

Um estudo com representatividade nacional da amostra para as cinco regiões do Brasil e que obteve resultados similares quanto à baixa disponibilidade de medicamentos para Hipertensão e Diabetes na ESF, percebeu que as maiores prevalências de baixa adesão ao tratamento foi encontrada nos indivíduos que tiveram que pagar parte do seu tratamento em relação aos que tiveram o acesso gratuito a todos os medicamentos que necessitava para tratar as doenças crônicas referidas. Este achado reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar ou de adquirir no setor privado (TAVARES *et al.*, 2016).

A disponibilidade de Psicofármacos (medicamentos utilizados na saúde mental) também foi priorizada como atributo de qualidade para esta dimensão avaliativa, tendo em vista o aumento de utilização deste grupo de medicamentos nas últimas décadas por conta da maior frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população. Dessa forma, 66% dos CSF estudados referiram acesso regular a este grupo de medicamentos, enquanto 28% apontou como falta eventual e 6% como falta frequente.

Um estudo com amostra nacional apresentou a menor disponibilidade aos psicotrópicos quando comparado aos outros medicamentos para o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), indicando um desafio à integralidade do cuidado, de forma que a possível interrupção de tratamentos instituídos, decorrente do desabastecimento, pode ocasionar internações por doenças mentais, reduzir a qualidade de vida dos pacientes e aumentar os custos da assistência à saúde. Assim, o aprimoramento do acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais se constitui como um componente chave para fortalecer a assistência em saúde mental. (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Os antibióticos, medicamentos para Infecções Sexualmente Transmissível (IST) e para dislipidemias também fazem parte do grupo de medicamentos essenciais e constituem importante medida de acesso na ESF. Porém, os resultados deste estudo nos mostram que, do total de

unidades estudadas, 67% referiram acesso regular para o grupo de antibióticos, 56% para IST e 33% para dislipidemias. Estes resultados refletem a necessidade de melhorar a disponibilidade destes medicamentos no nível primário de atenção para efetivar práticas integrais e resolutivas e que torne possível renovar as esperanças por um sistema de saúde digno, democrático e de qualidade para todos.

Desde a década de 70, a OMS tem recomendado aos países membros a formulação de políticas de saúde que racionalizem e estendam os serviços de atenção à saúde e de políticas de medicamentos que orientem para: a garantia de acesso a medicamentos essenciais, seguros e eficazes; a implementação de medidas de regulamentação da produção, comercialização e utilização dos medicamentos; e a orientação das práticas profissionais visando ao uso racional de medicamentos. Entre as estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos a OMS aponta a educação formal e permanente em farmacoterapia da equipe de saúde; o controle da promoção e publicidade de medicamentos; o controle e orientação da prescrição, principalmente, dos medicamentos que apresentam maior risco; e o controle do registro, comercialização e dispensação de medicamentos. Muitos países, seguindo essa recomendação, têm elaborado políticas de medicamentos e alcançado progressos com relação à ampliação do acesso a medicamentos essenciais e regulamentação do setor farmacêutico (OMS, 2001).

5.2 Análise do Processo

5.2.1 Organização da Atenção à Saúde quanto às ações de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

A tabela 3 mostra os indicadores selecionados, para esta dimensão avaliativa, segundo a média obtida por indicador, apontando os que alcançaram valores mais próximos e os que mais se distanciaram do padrão esperado, representado pela pontuação máxima atribuída (2).

Tabela 3 - Indicadores de qualidade quanto à Promoção, Prevenção e Educação em Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Promoção, Prevenção e Educação em Saúde		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q18 Estratégias de Educação em Saúde desenvolvidas Unidade	1,89	94,5%
Q16 Estratégias de Educação em Saúde desenvolvidas na Comunidade	1,56	78%

Q15 Principais temas de Educação em Saúde abordados na comunidade	1,33	66,5%
Q17 Principais temas de Educação em Saúde abordados na Unidade	1,33	66,5%

Fonte: Própria Pesquisa

A partir da análise desta dimensão avaliativa, observou-se que, entre os quatro indicadores avaliados, nenhum obteve pontuação inferior a 50%, mas chama atenção a menor pontuação relacionada aos principais temas de educação em saúde abordados tanto na comunidade como na própria Unidade. Dessa forma, verificou-se que, na comunidade, os temas menos abordados pelos profissionais de saúde estavam relacionados à Prevenção de acidentes e doenças de trabalho (72%); seguido de Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros) (50%); Uso abusivo de álcool e outras drogas (50%); Tabagismo (50%); Saúde e meio ambiente (50%); Qualidade de vida e envelhecimento saudável (33%); Educação alimentar (33%); Gestação na adolescência (28%); Saúde bucal (17%); e Planejamento reprodutivo (11%).

Já em relação aos temas menos abordados nas Unidades estão climatério e menopausa (83%); seguido de uso abusivo de álcool e outras drogas (61%); violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros) (50%); obesidade e desnutrição (33%); planejamento reprodutivo (17%); e tabagismo (17%). Vale destacar que os temas uso abusivo de álcool e outras drogas, tabagismo, planejamento reprodutivo e violência são citados em ambos espaços como temas pouco abordados, sendo estes considerados assuntos de grande impacto e relevância por refletirem diretamente na saúde do indivíduo, família e coletividade.

Estes resultados nos instigam a refletir sobre o papel educativo das unidades de saúde, o qual deve ser exercido cotidianamente, de modo dialogado e interativo, devendo atender as necessidades de saúde da população em uma troca mútua de aprendizado entre usuários e profissionais de saúde. Porém, percebe-se que assuntos importantes estão sendo pouco valorizados pelos profissionais de saúde deste estudo para realização de educação em saúde com a comunidade.

Apesar da coleta dos dados desta pesquisa não nos permitir uma análise mais qualificada sobre os fatores que influenciam os profissionais de saúde a não desenvolverem de forma satisfatória as ações de educação em saúde sobre estas temáticas, outros estudos mostram que as maiores dificuldades estão pautadas em: demanda excessiva de consultas, o fato da população priorizar o atendimento à doença, a gestão valorizar a produtividade, falta de estrutura adequada, falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e, sobretudo, a ausência de

qualificação profissional voltada para o SUS, ESF e educação em saúde (RAMOS *et al.*, 2018; LAPORT *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, compreende-se que a qualificação profissional é fundamental para a abordagem de temáticas complexas, tais como uso abusivo de álcool e outras drogas e violência em seus diferentes formatos, visto que há a necessidade de uma abordagem diferenciada para estes públicos para uma melhor aproximação do profissional e consequente construção de vínculo, sendo estes fatores considerados um diferencial para efetivar uma prática educativa de qualidade. Além disso, se faz necessário que a capacitação dos profissionais de saúde se inicie ainda em ambiente acadêmico para que se possa instrumentalizá-los e sensibilizá-los para a importância de ações de prevenção, promoção, intervenção e redução de danos na perspectiva da APS (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; HIRDES *et al.*, 2015).

Vale salientar sobre a importância de novos modos de promover e produzir saúde com ações participativas e integradas à comunidade que favoreçam o despertar da consciência do indivíduo para a autonomia e o autocuidado, no sentido dele se reconhecer como principal responsável pela sua saúde. Assim, os profissionais devem adquirir uma postura flexível e interativa e não apenas semear as informações, mas interagir com a comunidade a fim de avaliar o modo com que essas informações estão sendo absorvidas e utilizadas no dia a dia em benefício da população (LEITE *et al.*, 2015).

5.2.2 Organização da Assistência à Saúde

Os resultados demonstram que, dos indicadores selecionados para avaliar a organização da assistência à saúde, apenas um obteve o melhor desempenho com 100% do padrão esperado, o qual corresponde às ações de rotina desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ESF de Sobral, Ceará, conforme pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4 - Indicadores de qualidade quanto à Organização da Assistência à Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Organização da Assistência à Saúde		
Número da Questão (Q) – Indicador Correspondente	Média	Porcentagem
Q4 Ações de Rotina desenvolvidas pelo ACS	2	100%
Q20 Fluxo de atendimento para Pacientes não agendados	1,89	94,5%
Q22 Convocação de Faltosos	1,78	89%
Q21 Opções de atendimento para Pacientes não agendados	1,28	64%

Q23 Marcação/Encaminhamento para outras especialidades	1,28	64%
Q13 Avaliação dos Resultados dos Exames	1,17	58,5%
Q19 Agendamento das consultas Gerais	1,06	53%

Fonte: Própria Pesquisa

O desempenho do ACS é considerado um importante indicador de qualidade no âmbito da APS, visto que constitui a maior parcela de profissionais que integram as equipes de saúde da família e são estes os maiores responsáveis por estabelecer o elo entre a comunidade e a equipe da ESF. Isto porque eles têm acesso ao ambiente familiar e conseguem identificar, com mais facilidade, os problemas existentes, de forma a influenciar na caracterização da demanda (PERUZZO *et al.*, 2018).

Um estudo com resultados semelhantes mostrou que o lugar ocupado pelo ACS na equipe de saúde da família apresentou destaque por ser considerado potencializador das ações de Educação Popular em Saúde; por promover uma atenção diferenciada, no que se refere à saúde das pessoas ao realizar visitas domiciliares; por utilizar uma linguagem acessível; por estabelecer relações de diálogo e de amorosidade; e por ser mediador das ações em saúde, de forma a se constituir como um elemento nuclear das ações em saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Outro estudo também indica um bom desempenho das funções dos ACS participantes da pesquisa, porém ressalta que o envolvimento deste profissional com atividades burocráticas, que descaracterizam suas funções e transcendem seus conhecimentos, induzem ao prejuízo na implantação de atividades próprias da profissão. Assim, o estudo enfatiza que a desburocratização do trabalho do ACS é importante para as conquistas na mudança de modelo de atenção pretendida pela ESF (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

O indicador Fluxo de atendimento para pacientes não agendados obteve um bom desempenho com 94,5% do padrão esperado para este estudo. Dessa forma, 89% das Unidades de Saúde indicaram que o fluxo para esta demanda na ESF se deu por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda e 11% se deu por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade.

Nesse contexto, o primeiro atendimento à demanda espontânea, além de orientar o fluxo, representa uma forma de acolhimento, escuta e diálogo. Todos os usuários não agendados precisam ser acolhidos num espaço programado para essa primeira escuta, de modo a qualificar a demanda e poder definir, em conjunto com o usuário, a melhor resposta possível. Vale salientar que a escolha da melhor estratégia depende do contexto organizacional de cada

unidade, tendo sempre, como objetivo, definir a melhor oferta assistencial para cada caso (BRASIL, 2011b).

Quanto às opções de atendimento para esta demanda espontânea, o estudo revelou que há ofertas de diferentes alternativas, em que 89% das Unidades estudadas ofertam consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia; 67% faz agendamento de consulta médica e/ou de enfermagem; 61% agenda consulta com outros profissionais da própria Unidade; 50% encaminha pacientes não agendados para pronto-socorro; 44% encaminha para especialidades em outro serviço; 33% agenda para atendimento em grupo; e 33% encaminha para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde preconiza que a equipe deve atender todas as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Assim, a Unidade deve dispor de diferentes alternativas de atendimento à demanda espontânea, visto que a diversidade de oferta assistencial para pacientes não agendados amplia a capacidade de resposta da unidade em relação à grande diversidade de demandas que se apresentam, especialmente, quando acolhidas em sua complexidade e na perspectiva de um cuidado integral (BRASIL, 2017).

Um estudo de revisão sobre o acolhimento na ESF detectou alguns problemas no fluxo de atendimento da demanda espontânea, sendo um deles resumido à consulta médica, o que exprime a adoção de uma concepção reduzida, focada na organização da oferta do serviço médico. Além disso, foram relatadas também dificuldades em realizar encaminhamentos para outros serviços ou especialidades, de forma a evidenciar a falta de conhecimento/apropriação dos profissionais sobre o trabalho em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (GARUZI *et al.*, 2014).

Dessa forma, oferecer diferentes alternativas para atender a demanda espontânea na ESF e garantir a resolutividade dos problemas de saúde da população por meio de uma escuta qualificada e do fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional é um indicador da qualidade da assistência prestada. Pensando dessa forma, entender a dinâmica de funcionamento de uma unidade de saúde na atenção primária contribui substancialmente para compreender a regulação dos fluxos e das linhas de cuidado para ajudar a realizar um diagnóstico e levantamento das principais demandas de atendimento e, ainda, permitir um direcionamento do usuário pela rede de atenção em saúde, visando à integralidade do cuidado (SILVA; ROMANO, 2015).

Outro indicador selecionado neste estudo está relacionado à convocação de faltosos, o qual é considerado uma importante medida de organização do fluxo assistencial e uma

estratégia de apoio à vigilância em saúde, demonstrando a responsabilização da unidade com seus usuários. Deve ser criteriosa e visar a manutenção do seguimento dos usuários que apresentem condições de risco e/ou vulnerabilidade. Dessa forma, neste estudo, verificou-se que a convocação de faltosos obteve 89% do padrão esperado, em que priorizou: gestantes (100%); recém-nascidos (100%); recém-nascidos de risco (94%); crianças de risco (desnutrição e outros) (94%); revisão pós parto/puerpério (89%); vacinação (89%); crianças até dois anos (89%); tuberculose, hanseníase e HIV/aids (83%); sífilis (83%); crianças em seguimento acima de dois anos (78%); adultos com doenças crônicas (HAS, DM) com risco de complicação (78%); e, por último, resultados de exames alterados (67%).

Este resultado nos induz a uma reflexão sobre outro indicador relacionado aos resultados de exames alterados, mas agora referente ao momento em que são avaliados, o qual obteve apenas 58,5% do padrão esperado pelo fato de apenas 17% das Unidades estudadas avaliarem os resultados dos exames quando estes chegam na unidade, enquanto 72% avaliam quando o paciente comparece para atendimento e 11% avaliam no dia agendado para consulta mesmo que o paciente falte.

No entanto, a unidade de saúde deve assegurar a avaliação dos resultados de exames logo que estes estejam na unidade, selecionando os resultados alterados de modo a avaliar, caso a caso, a necessidade de convocação de acordo com critérios de risco e necessidade de intervenção precoce. Avaliar o resultado apenas no dia agendado, mesmo que o paciente falte, é uma alternativa possível, mas menos efetiva para os casos que requeiram uma intervenção mais breve. Aguardar o comparecimento do paciente para conferir o resultado dos exames não só pode ocasionar um retardo no diagnóstico e início do tratamento, como configura falta de responsabilização da unidade, visto que o usuário pode não comparecer no dia agendado ou, mesmo, não retornar ao serviço.

Nessa perspectiva, a verificação dos resultados dos exames representa uma das atividades da vigilância em saúde e da atenção integral aos usuários, devendo ser inserida com mais rigor na rotina de organização do trabalho das unidades básicas de saúde de Sobral para o conjunto das condições de saúde em seguimento, programáticas ou não programáticas.

Em relação aos agendamentos das consultas gerais, observou-se que este item alcançou apenas 53% do padrão esperado, em virtude de somente 33% das Unidades estudadas realizarem agendamento com hora marcada para cada paciente, enquanto 39% agendam para grupo de pacientes por hora e 28% agendam para todos os pacientes no início do turno.

Dessa forma, o que se espera como fator de qualidade é que estas consultas sejam agendadas com hora marcada para cada paciente a fim de promover o menor tempo de espera

para o usuário; facilitar o acesso ao atendimento, e distribuir o número de atendimentos ao longo do dia, de forma a evitar horários de superlotação da unidade de saúde. O tradicional agendamento de todos os casos no mesmo horário implica, necessariamente, grande tempo de espera para alguns, e estimula a premissa de que haverá um grande número de faltas e que estas permitirão o atendimento dos casos extras ou não agendados.

Assim, o grande tempo de espera para atendimentos prejudica a organização do fluxo assistencial da Unidade e é considerado, por muitos estudos, o fator que mais gera insatisfações dos usuários com a APS, de forma a causar um entrave no serviço, tornando-o mais lento e pouco resolutivo (MAZON; NEGRELLI, 2016; CAMPOS *et al.*, 2014; GOMIDE *et al.*, 2018; LIRA *et al.*, 2018).

A partir desta insatisfação, os usuários tendem a procurar outras formas de atendimento em Unidades de Pronto Socorro que gerem uma assistência mais rápida e resolutiva, lotando-os com demandas consideradas “simples”, as quais poderiam ter sido resolvidas no nível primário de atenção. Este fato torna frágil a longitudinalidade da atenção e conseqüentemente enfraquece o vínculo construído pelos profissionais da ESF com os usuários (AZEVEDO; COSTA, 2010; UCHIMURA *et al.*, 2015; GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012). Esta problemática é tema em pesquisas em diferentes países da Europa e mostra-se como uma realidade na atualidade dos serviços de atenção primária (MACKICHAN *et al.*, 2017; JAYAPRAKASH *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a satisfação do usuário representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços. Assim, a assistência prestada à população deve satisfazer às necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social (GOMIDE *et al.*, 2018).

Quanto à necessidade de encaminhamento para outras especialidades, observou-se que esta acontece, em 50% dos CSF estudados, no momento do atendimento com referência da atenção básica e sem solicitação de transporte, enquanto 44% acontece no momento do atendimento com referência da atenção básica, mas com a solicitação de transporte e 6% direciona para outro nível de atenção sem referência da atenção básica.

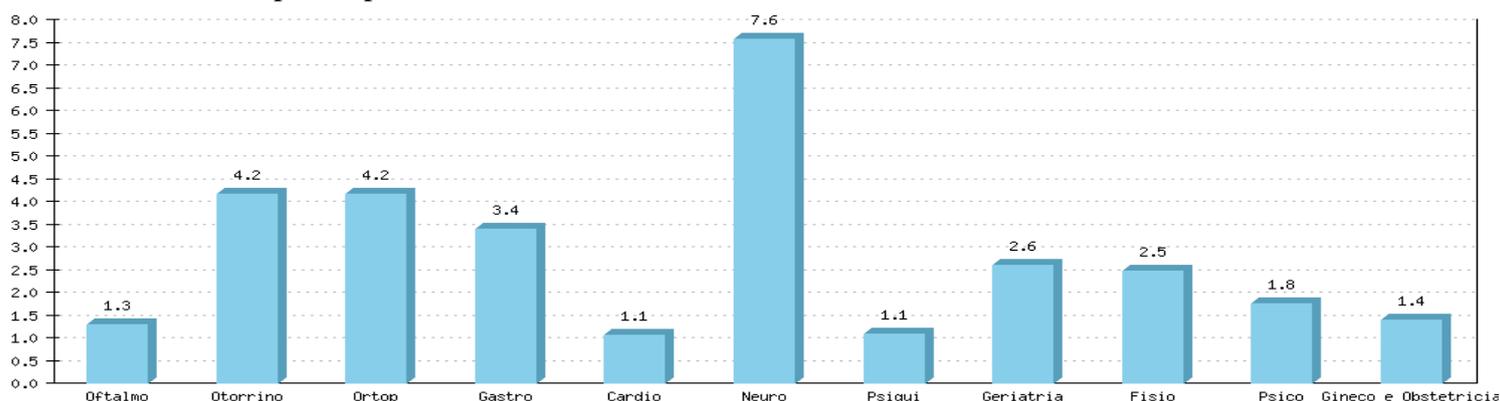
Esta problemática sobre a ausência de transporte é também realidade em um estudo que analisou os elementos que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária no município de Recife, em que os profissionais de saúde consideram que, por causa da precária condição socioeconômica da população, os usuários não têm condições de pagar um transporte para se

deslocar para outros serviços e isso os impede de seguir o tratamento recomendado, provocando a ausência de resolutividade do problema (LIMA *et al.*, 2015).

Dessa forma, vale destacar que a atenção à saúde não se faz apenas dentro de unidades de saúde, mas inclusive em momentos de encaminhamentos para consultas especializadas ou realização de exames. Para tanto, é essencial que os serviços disponham de transportes adequados que garantam o atendimento integral e segurança às pessoas. Além disso, para a APS ser coordenadora da atenção à saúde é preciso reconhecer as necessidades de saúde em outros serviços de saúde e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado dos usuários, utilizando-se de sistemas de referência e contrarreferência e transporte seguro, com vistas a organizar os serviços para que não desamparem as famílias (SILVA *et al.*, 2015).

O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para especialidades também foi um item avaliativo para contemplar a análise da organização da atenção à saúde da APS de Sobral, conforme mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Tempo média de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para especialidades na APS de Sobral, Ceará, 2019



*Todos os números se referem a quantidade de tempo em meses

Fonte: Própria Pesquisa

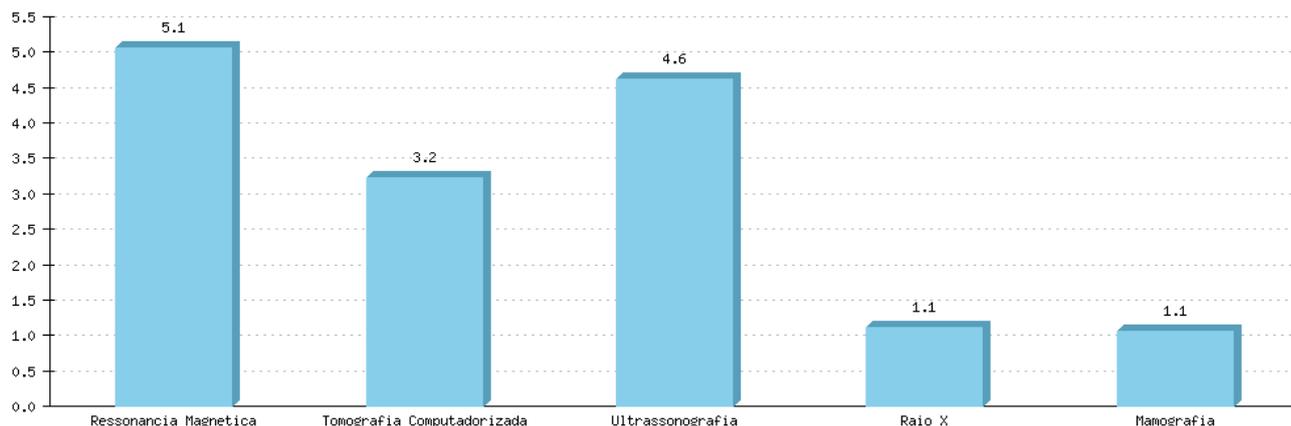
A partir da análise do gráfico 2, verificou-se que a média de tempo de espera para as especialidades variou entre um e sete meses, com maior espera para as seguintes especialidades: Neurologia, otorrinolaringologia, ortopedia, gastroenterologia, geriatria e fisioterapia. Apesar do Ceará ser considerado o primeiro estado brasileiro a desenvolver a regionalização com base na concepção de RAS (GOYA *et al.*, 2016), ainda percebe-se um longo tempo de espera entre encaminhamentos e consultas em serviços de referência. Dessa forma, considera-se que, além de um importante determinante da satisfação dos profissionais e usuários, o tempo de espera é um indicador da qualidade dos serviços por estar relacionado à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população.

Um estudo realizado em Minas Gerais mostrou uma realidade ainda mais alarmante, em que o tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista, independentemente da especialidade, foi de 244 dias e apenas 3,7% dos pacientes encaminhados para primeira consulta esperaram três meses ou menos pela consulta, e outros 5,2% esperaram de três a seis meses. Dessa forma, acredita-se que um tempo de espera aceitável para a primeira consulta ao especialista não deve ultrapassar três meses. A partir destes resultados há que se concordar que não há como buscar soluções realistas e de impacto para a questão da fila de espera sem antes conhecê-la adequadamente. Para tal, é preciso ter informações exatas da quantidade de pessoas aguardando determinada especialidade. Mas, saber o tempo médio e máximo de espera na fila é mais importante do que conhecer o número total de pacientes aguardando. Para obter essa informação basta que os municípios considerem a data do encaminhamento e a data da consulta. A informação apresentada de forma precisa pode garantir mais legitimidade às reivindicações e aumentar as chances em tê-las atendidas (VIEIRA; LIMA; GAZINELLI, 2014).

A comparação sobre o tempo de espera entre encaminhamento e consulta com especialista com cenários internacionais, que, por vezes, apresentam tempos de espera bem menores, requer cautela, visto que há diferenças nos determinantes sociais e nos sistemas de saúde (CANO *et al.*, 2003; CARRIÈRE; SANMARTIN, 2010). Porém, um estudo realizado em Portugal também mostra a insatisfação dos usuários com o tempo de espera, tanto para a marcação de consultas, quanto para a marcação de exames (MENDES *et al.*, 2013).

Assim, considera-se que a demanda por consulta médica especializada é o reflexo da capacidade resolutive nos serviços de APS. No entanto, pesquisadores acreditam que, da mesma forma que não existe RAS sem APS robusta capaz de coordenar o cuidado, a APS não consegue exercer seu papel sem um sólido arranjo regional e uma articulação virtuosa entre os três entes federados. Só assim a APS será capaz de coordenar o cuidado, reafirmando que uma coordenação do cuidado fraca é definitivamente um importante obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Foi avaliado também o tempo de espera entre a marcação de exames e a realização deles, o qual também merece especial destaque pela demora principalmente para ressonância magnética, ultrassonografia e tomografia computadorizada, conforme observado no gráfico 3. Gráfico 3 - Tempo de espera entre a marcação de exames e a realização deles na APS de Sobral, Ceará, 2019



*Todos os números se referem a quantidade de tempo em meses

Fonte: Própria Pesquisa

Estes achados corroboram com outros estudos desenvolvidos no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2014; VIEGAS; CARMO; DA LUZ, 2015; FIGUEIREDO *et al.*, 2017; ARRUDA; BOSI, 2017), os quais são considerados preocupantes, uma vez que o tempo hábil entre a marcação de exames e a realização deles é fundamental para uma avaliação efetiva e rápida do estado de saúde do indivíduo, com implementação de condutas terapêuticas precisas a fim de aumentar a capacidade resolutiva da APS e resolver as reais necessidades de saúde da população.

Este cenário nos convida a refletir sobre a importância de avaliar os tempos de espera tanto em relação aos encaminhamentos para especialidades quanto à realização de exames importantes no município estudado com a intenção de possibilitar a obtenção de informações essenciais à tomada de decisões estratégicas pelos gestores e, também, uma imagem mais completa da situação real do município, contribuindo assim, para o planejamento e gestão do sistema de saúde local de forma eficiente, resolutiva e satisfatória.

Outro item avaliativo para análise da organização da atenção à saúde da APS de Sobral foi em relação ao apoio matricial, em que 100% das Unidades referiram possuir esta estratégia de atenção à saúde e 94% afirmou que o apoio matricial tem potencializado a capacidade resolutiva da equipe de saúde da Família.

Em linhas gerais, matriciar significa compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde. Trata-se de uma estratégia vinculada ao modo de operar, ou seja, às formas de viabilizar e organizar o desenvolvimento do trabalho entre duas equipes: uma delas, constitui-se como referência para o sujeito (individual ou coletivo) que demanda o cuidado; já a outra, não tem, necessariamente, relação direta com os usuários, mas, quando solicitada, deve auxiliar a ampliar a compreensão do caso, bem como as possibilidades de ação e resolução do mesmo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com Tófilo e Fortes (2007), há três grandes virtudes no matriciamento sobralense de saúde mental. A primeira é a excelente integração da saúde mental com a ESF, que se traduz na triagem eletiva na atenção primária. A segunda, que está vinculada à primeira, é o fato de que os profissionais de saúde mental que auxiliam a ESF a tomar decisões de fluxo também trabalham na saúde mental especializada (e, por vezes, hospitalar), o que lhes permite uma privilegiada visão de todo o sistema. Outro grande diferencial é a ênfase, no caso do matriciamento realizado através da Residência Multiprofissional, para que estes profissionais não ficassem sediados em uma unidade específica de ESF, mas acolhessem de uma maneira verdadeiramente matricial um conjunto de equipes.

Um estudo de revisão bibliográfica sobre o apoio matricial em saúde mental mostrou que esta estratégia tem se apresentado como uma possibilidade real de conversão de um contexto de exclusão das pessoas em sofrimento, tanto que sua contribuição pela efetivação da promoção à saúde é destacada em todos os artigos analisados pelo estudo citado. Isto porque tem conseguido levar a atenção básica à discussão da inclusão da saúde mental em suas práticas de cuidado (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Porém, os resultados de um estudo realizado em São Paulo indicam que as equipes têm dificuldade em executar ações compartilhadas de apoio matricial, em que profissionais da ESF realizam um trabalho menos inovador, centrado no atendimento individual baseado em trocas interdisciplinares formalizadas em reuniões, ao passo que os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho nos atendimentos em grupo e nos Projetos Terapêuticos Singulares. Assim, os autores enfatizam que as equipes de profissionais de apoio matricial e da ESF devem organizar seus processos de trabalho priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a capacitação, de forma a manter sempre foco na integralidade, na humanização e na promoção de saúde (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

5.2.3 Saúde da Mulher

Os resultados mostram que, dos indicadores selecionados para avaliar a organização da assistência para a saúde da mulher, três obtiveram o melhor desempenho com 100% do padrão esperado, os quais corresponderam às ações de rotina na atenção ao pré-natal; gestação de alto risco; e pré-natal com gestantes com HIV positivo, e apenas um indicador obteve 50% do padrão esperado, o qual esteve relacionado ao resultado do teste de gravidez, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde da mulher da APS do município de Sobral, CE, 2019

Organização da Assistência para a Saúde da Mulher		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q32 Ações de rotina na atenção ao pré-natal	2	100%
Q34 Gestação de alto risco	2	100%
Q36 Pré-natal com gestantes com HIV positivo	2	100%
Q37 Ações desenvolvidas para puerpério imediato	1,94	97%
Q26 Ações regularmente desenvolvidas para a saúde da mulher	1,89	94,5%
Q35 Tratamento de gestante com diagnóstico de Sífilis	1,89	94,5%
Q38 Ações desenvolvidas para puerpério Tardio	1,89	94,5%
Q28 Diagnóstico Precoce do câncer de Mama	1,61	80,5%
Q31 Gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre	1,44	72%
Q40 Estratégias para detecção de violência contra a mulher	1,44	72%
Q27 Coleta de rotina do exame de Papanicolaou	1,44	72%
Q39 Existência de casos de sífilis congênita no último ano	1,33	66,5%
Q33 Educação em saúde para gestantes	1,28	64%
Q29 Solicitação de Mamografia	1,22	61%
Q41 Procedimentos realizados em caso de detecção de violência contra a mulher	1,17	58,5%
Q30 Resultado do teste de gravidez	1	50%

Fonte: Própria Pesquisa

A avaliação da assistência ao pré-natal é considerado um importante indicador de qualidade da APS, visto que visa contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Além disso, um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de atenção básica, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno à própria atenção básica e a outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde, buscando garantir a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Nesta perspectiva, o pré-natal tem sido objeto de grande número de estudos com destaque para avaliação da adequação das suas ações, guiada pelos critérios de qualidade e efetividade estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Boa parte da literatura disponível aponta baixa qualidade no cuidado ao pré-natal ofertado na atenção básica e a persistência de desigualdades regionais e sociodemográficas no acesso, resolutividade e desfecho da atenção pré-natal (VIELLAS *et al.*, 2014; TOMASI *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2016; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Estes achados são divergentes dos resultados deste estudo, em que observou-se 100% do padrão esperado para as ações de rotina do pré-natal na APS de Sobral, as quais contemplaram: primeiro atendimento por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez; solicitação de exames de rotina; registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante; seis consultas ou mais durante o pré-natal; consultas semanais entre o último mês de gestação (36^a a 41^a semanas); prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir da 20^a semana; encaminhamento para sala de vacina; encaminhamento para exame de papanicolaou; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação; uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto; orientações sobre o parto normal e humanizado; orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar; avaliação das condições de trabalho; prevenção de transmissão vertical de IST (sífilis e HIV); riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas; indicação para participação de grupos educativos para gestantes e, por fim, inclusão e incentivo do parceiro ao pré-natal.

Porém, observou-se que o indicador estratégias de educação em saúde para as gestantes obteve apenas 64% do padrão esperado, em que somente 28% das Unidades de Saúde utilizam cartazes na sala de espera, 61% distribui folder e panfletos educativos, 61% realiza grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares, 83% realiza grupos periódicos para gestantes e 81% faz discussões na sala de espera.

Pesquisadores afirmam que, apesar da consulta no pré-natal ser oportunidade para educação em saúde, as orientações ainda se mostram insuficientes, havendo necessidade de espaços e estratégias que permitam aprofundamento do conhecimento e compartilhamento de experiências (QUENTAL *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado no sul do Brasil, observou-se pouca adesão das gestantes nos grupos ou atividades educativas propostas pela Unidade de Saúde. Em contexto latino-americano, no México, foi evidenciado baixo encaminhamento de gestantes para atividades educativas. Esta baixa participação compromete integralidade do cuidado, cria importantes

lacunas a respeito de aspectos importantes deste período como cuidados pré-natais que devem ser adotados pelas gestantes, adoção de hábitos alimentares saudáveis, desenvolvimento da qualidade de vida, preparação para o parto, cuidados com o bebê e aleitamento materno (TEIXEIRA *et al.*, 2017; DOUBOVA *et al.*, 2014).

Como ação essencial, o PHPN prevê a captação precoce da gestante para a primeira consulta pré-natal antes do quarto mês de gestação. Assim, a maior proporção de gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre gestacional demonstra que o serviço encontra-se organizado para captar as gestantes de sua área de cobertura, e proporcionar o início oportuno do acompanhamento ao pré-natal (BRASIL, 2000).

Neste estudo, constatou-se que 56% das Unidades de Saúde estudadas referiram ter uma proporção média de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre entre 80% e 90%, enquanto 44% ficou entre 90% ou mais. Este resultado foi semelhante ao encontrado em um estudo realizado em São Paulo, o qual obteve 82,1% de captação precoce de gestantes para o início do pré-natal e superior ao de um estudo com amostra nacional, o qual mostrou que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, com destaque para as menores proporções nas regiões Norte e Nordeste (CORRÊA *et al.*, 2014; VIELLAS *et al.*, 2014).

Nesse contexto, os resultados sugerem que as ações das Unidades de Saúde estudadas de Sobral para captação e adesão das gestantes ao acompanhamento da gestação são satisfatórias, mas precisam ser aprimoradas visando aumentar a proporção de pré-natal de início precoce para identificação do diagnóstico prévio de alterações e condições de risco e vulnerabilidades que exijam medidas de intervenção e cuidado diferenciados, com impacto sobre a saúde da gestante e do feto.

Em contrapartida, observou-se que o indicador relacionado ao resultado do teste de gravidez foi o único desta dimensão que apresentou um alcance de apenas 50% do padrão esperado, em virtude de nenhuma Unidade de Saúde deste estudo considerar se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários. Os resultados se basearam em informar o resultado, agendar o pré-natal ou encaminhar para cuidados pré conceptivos ou contracepção.

Assim, valoriza-se a abordagem de uma suspeita de gravidez que sempre identifique se a gravidez é ou não desejada, de modo a acolher e orientar adequadamente o resultado do exame e os encaminhamentos necessários. Nessa perspectiva, a atenção às mulheres com suspeita de gravidez deve ser feita a partir de uma escuta ampliada que considere como questão inicial a identificação do contexto em que se dá essa possível gestação, ou seja, quando é ou não

desejada, se foi planejada, se conta com o apoio do parceiro, entre outros aspectos que irão orientar os cuidados necessários a partir do resultado, se positivo ou negativo.

A identificação das gestantes de alto risco na APS também é considerado um importante indicador de qualidade da assistência ao pré-natal, visto que permite a identificação precoce e adequada dos problemas relacionados às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas com consequente e adequado encaminhamento para serviços de referência com maior densidade tecnológica, de forma a contribuir para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para garantia de resultados perinatais satisfatórios. Assim, neste estudo, observou-se uma assistência adequada a este grupo de gestantes, em que 100% das Unidades de Saúde encaminham a gestante de alto risco para serviços de referência e mantêm acompanhamento na própria Unidade.

Quanto à assistência ao pré-natal de gestantes com HIV considera-se, como indicador de qualidade, o serviço que mantém, simultaneamente, o acompanhamento da gestante na própria Unidade e no serviço de referência. Dessa forma, observou-se que este estudo alcançou o padrão esperado para este indicador, em que 100% das Unidades de Saúde estudadas realizam encaminhamento das gestantes com HIV para pré-natal de alto risco e valorizam o vínculo com a unidade básica, local provável do diagnóstico e referência mais imediata para acolhimento.

Nesse contexto, a manutenção do acompanhamento na Unidade Básica de Saúde garante a manutenção do vínculo e a maior proximidade para suporte clínico e psicossocial por meio de consultas médicas, visitas domiciliares, atividades em grupos educativos, além de busca ativa das faltosas, quando necessário.

Apesar do aumento da incidência de sífilis congênita em todo País e considerando ser um dos mais graves desfechos adversos preveníveis na gestação, espera-se que um serviço de qualidade não apresente a ocorrência de casos entre as gestantes que realizaram o pré-natal. Porém, neste estudo, observou-se o alcance de apenas 66,5% do padrão esperado para este indicador, em que seis Unidades de Saúde (33%) referiram ter apresentado casos de sífilis congênita no último ano.

Dessa forma, visando impedir a infecção congênita, espera-se que a Unidade de Saúde garanta o tratamento da sífilis, tanto para a gestante como para o parceiro, ofertando e orientando a ambos sobre a gravidade do não tratamento ou de sua reinfecção antes do parto. Para este estudo, verificou-se o alcance de 94,5% do padrão esperado, em que 17 CSF (94%) informaram que o tratamento com penicilina benzatina é realizado na própria Unidade de Saúde tanto para a gestante quanto para seu parceiro, enquanto apenas uma (6%) Unidade realiza encaminhamento para serviço de referência para tratamento adequado.

Nessa perspectiva, se faz importante destacar que o encaminhamento para tratamento em outro serviço consiste numa barreira de acesso que pode retardar o início ou provocar a interrupção do tratamento. Assim, pressupõe-se que a ampliação do acesso da gestante à rede de serviços de pré-natal no Brasil, preferencialmente na APS prestada pela ESF, seja um importante aliado na redução dos agravos à saúde da mãe e do conceito, entre eles a transmissão vertical da sífilis (NUNES *et al.*, 2018).

Um estudo sobre as perspectivas e condutas do enfermeiro com a sífilis na gestação mostrou algumas dificuldades na eficácia do tratamento, como: falta temporária de penicilina benzatina na unidade básica; difícil adesão do parceiro ao tratamento; e interrupção do tratamento por parte de algumas gestantes. Além disso, o estudo observou falhas quanto à notificação da Unidade Básica de Saúde, sendo esta feita apenas na unidade de referência na qual ocorre o pré-natal de alto risco. Isto dificulta saber a real incidência de gestantes com sífilis na atenção pré-natal da unidade refletindo deficiências na qualidade do atendimento (NUNES *et al.*, 2017).

Pesquisas apontam que a falta de notificação é uma realidade em diversos países. Na Itália e nos Estados Unidos da América a sífilis é uma infecção reemergente (TRIDAPALLI *et al.*, 2012; MATTEI *et al.*, 2012). Na América Latina, estima-se subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto (GALBAN; BENZAKEN, 2007). Portanto, torna-se necessário melhorar a qualidade do acompanhamento pré-natal, a partir da capacitação dos profissionais envolvidos, enfatizando a importância da notificação dos casos de sífilis em gestantes visando ao monitoramento do problema e avaliação das ações propostas.

A consulta puerperal também está entre os indicadores de qualidade do pré-natal pelo PHPN (BRASIL, 2000). No entanto, poucos estudos analisam o retorno puerperal, ocasião para avaliar a recuperação da mulher no pós-parto, instituir o uso de métodos de planejamento familiar e acompanhar a amamentação. Assim, a assistência à mulher na gestação só deve ser considerada como concluída após a consulta puerperal (CORRÊA *et al.*, 2014). A Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança (PNDS) (2006) mostrou que em apenas 39% dos nascimentos a mulher realizou a consulta pós-parto, evidenciando que essa importante etapa da assistência vem sendo negligenciada no País.

Dessa forma, verificou-se que o indicador relacionado às ações desenvolvidas no puerpério imediato, para este estudo, alcançou 97% do padrão esperado, em que valorizou importantes aspectos, tais como: evolução da gestação; histórico e intercorrências pós parto;

aleitamento materno; suplementação de ferro; condições psicoemocionais; condições sóciofamiliares; condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos; orientações para o atendimento de rotina do RN; orientações sobre alimentação; orientações sobre atividade sexual e contracepção; orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas; agendamento de consulta de puerpério tardio.

O indicador relacionado às ações desenvolvidas no puerpério tardio também foi satisfatório, o qual obteve 94,5% do padrão esperado em que valorizou: avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado antes; avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério; presença de intercorrências pós-parto; aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros); orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento; orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas; e condições sóciofamiliares.

Um estudo de avaliação normativa, com dados secundários provenientes do PMAQ-AB e com amostra nacional sobre a atenção ao pré-natal, identificou que as evidências encontradas demonstraram que os processos no desenvolvimento das ações prestadas não atenderam à maioria dos padrões estabelecidos em protocolos nacionais quanto à dimensão assistencial, revelando baixa qualidade ao puerpério no Brasil. O estudo acrescenta que estes problemas referiram-se a diversas esferas, desde a acessibilidade às ações e serviços até a realização de ações de promoção da saúde e à qualidade do cuidado clínico, envolvendo não apenas a atenção individual, mas, também, as ações coletivas e domiciliares ofertadas (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Apesar dos resultados dos indicadores sobre as ações realizadas no puerpério neste estudo terem sido satisfatórios, vale destacar que o puerpério merece um olhar atento por parte dos formuladores de políticas públicas de saúde, gestores, profissionais de saúde, comunidade e estudiosos, visto que são claras as evidências sobre a importância da assistência no puerpério, da necessidade de uma atenção mais qualificada neste período e da relação direta dos cuidados pós-parto com alguns indicadores de saúde materno-infantil (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Outro importante item avaliado para esta dimensão avaliativa foi em relação às ações regularmente desenvolvidas para a saúde da mulher, a qual alcançou 94,5% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde estudadas valorizaram: Pré-natal (100%); coleta de citologia oncológica (Papanicolaou) (100%); planejamento reprodutivo (100%); detecção precoce de câncer de mama (100%); prevenção e diagnóstico de IST, HIV e Hepatites Virais (94%); diagnóstico e tratamento de IST (94%); diagnóstico e acompanhamento de situações de

violência doméstica e sexual (94%); e atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista (83%).

Assim, a maior diversidade de ações oferecidas com regularidade na atenção à saúde da mulher contribui para que as mulheres reconheçam a unidade básica de saúde como local de acolhimento e orientação para um conjunto diversificado de necessidades. A oferta regular requer uma oferta programada com base no reconhecimento das demandas mais frequentes na comunidade e na definição dos recursos necessários, especialmente, em relação à sensibilização e capacitação técnica da equipe.

Para o diagnóstico precoce do câncer de mama, este estudo alcançou 80,5% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde realizam: Orientação das usuárias para autopalpação sobre sinais de alerta (94%); acolhimento e exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama (89%); capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas (70%); capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas (61%); discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama (61%).

Já o indicador sobre a solicitação de mamografia de rotina para usuárias sem queixas obteve apenas 61% do padrão esperado, em que apenas 83% das Unidades estudadas solicitam para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada; 78% solicitam a cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico; 61% solicitam para todas as pacientes com 40 anos ou mais; 33% no caso de mutirões organizados pela secretaria de saúde e 11% solicitam para todas as pacientes que procuram o exame, mostrando que ainda há uma grande solicitação de exames indiscriminada em situações desnecessárias.

A OMS destaca que o câncer de mama é a principal neoplasia entre as mulheres em todo o mundo, sendo responsável por 16% de todos os cânceres femininos. Sua incidência é maior em países desenvolvidos, porém a sobrevida apresenta uma relação inversa com magnitude dos casos, de modo que, 69% das mortes registradas pela doença são de países em desenvolvimento (OMS, 2013).

Um estudo realizado em um município de Pernambuco mostrou que há iniquidade com relação às ações de prevenção voltadas para o controle do câncer de mama na ESF. Sobre a prevenção primária observou-se que a mesma deveria ser vista como prioritária, principalmente referentes à educação em saúde. Quanto à prevenção secundária, o acesso ao exame clínico da mama apontou uma lacuna na ESF uma vez que se registrou uma alta ocorrência no número de mulheres que afirmaram nunca terem tido suas mamas examinadas clinicamente por algum

profissional de saúde. Além disso, o resultado sobre o autoexame das mamas foi similar ao deste estudo, o qual mostrou ser o método de detecção mais utilizado pela amostragem (BUSHATSKY *et al.*, 2014).

Os resultados de um estudo com amostra nacional sobre o rastreamento do câncer de mama evidenciam o descompasso entre o estímulo à realização da mamografia e a estrutura correspondente para investigação diagnóstica, demonstrando um grande estrangulamento da capacidade diagnóstica verificada na rede de serviços do SUS. A elevada oferta da mamografia de rastreamento fora da faixa etária preconizada aumenta a demanda por exames de confirmação diagnóstica, produzindo maior desequilíbrio entre oferta e utilização, além de expor mulheres de menor risco aos efeitos de sobrediagnóstico e sobretratamento. Estes resultados corroboram com os encontrados neste estudo quanto à solicitação de mamografias em situações desnecessárias, e nos induz a uma reflexão sobre a situação crítica da investigação diagnóstica e a necessidade de capacitação profissional para uma boa condução no rastreamento do câncer de mama (TOMAZELLI; SILVA, 2017).

Nessa perspectiva, um estudo realizado em São Paulo destacou a influência positiva das variáveis capacitação profissional e tempo de atuação dos Enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde estudadas na orientação sobre a realização das ações de detecção precoce do câncer de mama, mostrando que a capacitação é importante para melhor rastreamento e, por isso, há a necessidade de maior investimento institucional no processo de educação permanente desses profissionais quanto à sua atuação na APS (MELO *et al.*, 2017). O estudo de Mendes (2016) também corrobora com estes achados e nos estimula a refletir sobre os resultados do presente estudo, os quais mostram que apenas 70% das Unidades realizam capacitação de enfermeiros e 61% de médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas.

Estudos internacionais também mostram precariedade em relação às capacitações, constatando-se que 92% das enfermeiras sauditas referiram não receber qualquer capacitação sobre o rastreio do câncer de mama e, entre as enfermeiras nigerianas, apenas 4,3% receberam treinamento sobre o autoexame das mamas; e 5,2% a respeito do exame clínico das mamas (YOUSUF *et al.*, 2012; OLUWATOSIN, 2012).

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade e importância de investir também em ações educativas para a população feminina, visto que apenas 61% das Unidades promovem discussões em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama. Assim, é importante salientar que um dos pilares mais importantes para prevenção do câncer de mama baseia-se, atualmente, em mulheres mobilizadas e informadas sobre a doença.

Sobre a coleta de rotina do exame papanicolaou para rastreamento do câncer de colo de útero este estudo alcançou 72% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde realizam o exame nas seguintes situações: durante o pré-natal (89%); durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou (78%); por solicitação das mulheres por livre demanda (72%); uma ou mais vezes para mulheres com citologia alterada (72%); uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade (61%) e, por último, a cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais (61%).

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres no mundo. Seu rastreamento é considerado a principal estratégia para a detecção precoce da doença, sendo reconhecido mundialmente como seguro e eficiente e, além disso, é importante destacar que este tipo de câncer apresenta grande potencial de cura quando diagnosticado precocemente (WHO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, a definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos. Em relação à faixa etária, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero. Assim, é preconizado a periodicidade do exame, a cada três anos após dois exames normais. Porém, observou-se neste estudo, que apenas 61% das Unidades de Saúde estudadas realizam exames de rotina a cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais (BRASIL, 2016).

Por outro lado, 89% das Unidades referiram realizar este exame durante o pré-natal em que, segundo o Ministério da Saúde, as gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O achado dessas alterações durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Importante salientar que, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, vale salientar que o rastreamento é uma tecnologia própria da APS e garantir uma elevada cobertura da população alvo é o componente mais importante da atuação deste nível de atenção (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018). Assim, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de aprimoramento do programa de rastreamento da APS de Sobral, no que diz respeito à adequação da oferta de exames em relação ao direcionamento correto

quanto à faixa etária e à periodicidade, dado o elevado número de exames colhidos em mulheres fora da faixa etária alvo ou com periodicidade menor que a recomendada.

Quanto às estratégias utilizadas pelas Unidades de Saúde para detecção da violência contra a mulher, observou-se que este estudo alcançou 72% do padrão esperado para este indicador, em que incluiu: identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas (100%); discussão de caso em equipe (94%); sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos (68%); livre declaração da mulher (67%); e protocolo de atendimento (61%).

Já os procedimentos realizados em caso de detecção de violência contra a mulher obteve um alcance de apenas 58,5% do padrão esperado, em que as Unidades estudadas referiram: notificação compulsória à vigilância epidemiológica (94%); acompanhamento multiprofissional da Unidade (94%); encaminhamento para serviço de referência (78%); denúncia ao CRAS e/ou CREAS (78%); acompanhamento individual (72%); acompanhamento em grupo (33%); denúncia à autoridade policial (11%); denúncia ao disque 180 (11%).

A violência contra as mulheres ocorre frequentemente em diversas culturas e cenários, sendo amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública e a APS é considerada estratégica para lidar com este tipo de violência, visto que esta identifica e acolhe as demandas oriundas do território, por ser o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, por coordenar o cuidado, numa perspectiva longitudinal, a integralidade da atenção centrada na família e a orientação comunitária, como um de seus principais atributos (HOLANDA *et al.*, 2017; MARQUES *et al.*, 2017).

Porém, os resultados deste estudo evidenciam que apenas 68% das Unidades de Saúde estudadas realizam capacitação e sensibilização da equipe de saúde da família para identificação dos casos. Este achado também é realidade encontrada em outros estudos e induz à reflexão sobre a importância de incluir o tema durante o período de formação acadêmica e implementar políticas de educação permanente para a sensibilização e transformação das práticas profissionais (HASSE; VIEIRA, 2014; BORBURETAMA *et al.*, 2017; MARQUES *et al.*, 2017; PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014).

A identificação de mulheres em situação de violência pode ser realizada por meio da utilização de protocolos de atendimento, que procurem identificar situações já instauradas, antecipando-se a sua retradução em sintomas e/ou queixas físicas ou psicológicas. A livre declaração da mulher dificilmente ocorrerá se ela não reconhecer a unidade como um espaço de escuta e acolhimento legítimos e preparados. Nos casos identificados, mesmo naqueles com necessidade de encaminhamento para serviço de referência, além da Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica e denúncia ao CRAS/CREAS ou autoridades policiais, a partir de

consentimento da mulher, espera-se que o acompanhamento ocorra, simultaneamente, na própria Unidade de Saúde, garantindo, desta forma, a manutenção do vínculo com o serviço de saúde e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2016).

5.2.4 Saúde da Criança e do Adolescente

Tabela 6 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde da Criança e do Adolescente da APS do município de Sobral, CE, 2019

Organização da Assistência para Saúde da Criança e do Adolescente		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q44 Agendamento do primeiro atendimento de um RN na Unidade	2	100%
Q48 Estratégias utilizadas para detecção da Violência contra Crianças e Adolescentes	1,83	91,5%
Q42 Ações desenvolvidas com regularidade na atenção às crianças	1,61	80,5%
Q46 Ações de rotina realizadas na Unidade na Atenção ao Adolescente	1,61	80,5%
Q47 Temas abordados em ações na comunidade para Atenção ao Adolescente	1,28	64%
Q45 Ações realizadas pela Unidade em Instituições para crianças	1,22	61%
Q43 Atendimento de rotina da Criança	1	50%

Fonte: Própria Pesquisa

A partir da análise da tabela 6, verifica-se que o único indicador que obteve um alcance de 100% do padrão esperado para a avaliação da saúde da criança e do adolescente foi em relação ao agendamento do primeiro atendimento do RN na Unidade, em que 44% dos CSF referiram que é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio e 56% afirmaram agendar pelo ACS em visita domiciliar.

Assim, recomenda-se que a unidade assegure a precocidade do primeiro atendimento ao RN, para possibilitar a identificação de condições de risco e o desenvolvimento de atividades de prevenção de agravos à saúde da criança.

Porém, verificou-se que o indicador sobre o atendimento de rotina da criança na ESF alcançou apenas 50% do padrão esperado, em virtude de somente 17% das Unidades de Saúde o realizarem de acordo com o calendário programado de consultas de um até 10 anos

(recomendado), além de atendimentos eventuais não agendados; enquanto 67% seguem o calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados; e 17% realizam o atendimento seguindo o calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados.

A partir disso, pode-se afirmar que o atributo longitudinalidade encontra-se fragilizado nesta dimensão avaliativa, o qual é considerado o atributo central da APS e refere-se ao acompanhamento ao longo do tempo, no qual está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e por confiança por parte do paciente. Resultado semelhante é encontrado no estudo de Oliveira e Veríssimo (2015). Porém, outro estudo mostrou uma avaliação positiva para este atributo na atenção à saúde das crianças em Minas Gerais, mostrando que o bom desempenho da longitudinalidade tem como resultado diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Se faz importante lembrar que o atendimento integral às crianças deve ter caráter multiprofissional, não devendo se restringir a atendimentos individuais, mas valorizando, também, a participação dos responsáveis em atividades em grupo. As atividades programadas de rotina para o seguimento da criança devem contemplar o período de 0 a 120 meses, ou 10 anos, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015).

O indicador sobre as ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na atenção às crianças obteve 80,5% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde valorizaram ações como: avaliação do crescimento (100%); avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (100%); avaliação e orientação alimentar (100%); identificação de distúrbios do desenvolvimento (94%); identificação e acompanhamento de violência (94%); ações de imunização (94%); orientações sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para RN (94%); diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (89%); registro do seguimento na caderneta da criança (89%); saúde bucal (89%); orientações para inscrição em Programas sociais (83%); orientações para prevenção de acidentes domésticos (78%); encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (61%); orientação sobre sexualidade (44%); grupo com mães/pais (39%); e vigilância do trabalho infantil (28%).

Em contrapartida, o indicador sobre as ações realizadas pela Unidade em Instituições (creches, escolas, etc) para crianças alcançou 61% do padrão esperado em que, ainda que temas importantes como alimentação saudável (100%); vacinação (100%); higiene pessoal e bucal

(94%); e saúde e meio ambiente (61%) tenham sido abordados de forma satisfatória, ações importantes obtiveram baixo índice de realização pelas Unidades, tais como: avaliação de acuidade auditiva (50%); educação sexual (50%); prevenção de acidentes domésticos (44%); inclusão social e combate ao preconceito (44%); orientação para estímulos neuropsicomotor (39%); trabalho infantil (22%); prostituição infantil (11%); e posse responsável de animais (6%).

Salienta-se que, quanto à saúde da criança, é preciso uma fonte regular de atenção, que prime por ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, estas atividades devem ser planejadas de forma a oferecerem diversidade de ações, ou seja, realizarem um conjunto de abordagens que procurem cobrir diferentes necessidades, de forma a buscar garantir uma maior integralidade do cuidado, especialmente nas fases mais vulneráveis da infância (REICHERT *et al.*, 2016).

Em relação à atenção à saúde do adolescente, o indicador referente às ações de rotina para este público obteve um alcance de 80,5% do padrão esperado com as seguintes ações realizadas pelas Unidades de Saúde: planejamento reprodutivo (100%); orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids (100%); incentivo a prática de atividades física (94%); prevenção e acompanhamento da obesidade e/ou desnutrição (94%); atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos (89%); oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais (78%); acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência (78%); diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (78%); orientações quanto ao uso de álcool e drogas (78%); identificação e acompanhamento de situações de violência (78%); saúde bucal (78%); registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente (72%); e identificação de situações de agressividade e conflito com a lei (67%).

Já o indicador relacionado aos temas abordados em ações na comunidade para a atenção ao adolescente alcançou 64% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde abordaram: sexualidade e prevenção de IST/Aids (94%); gravidez na adolescência (94%); alimentação saudável (89%); uso de álcool, tabaco e outras drogas (83%); orientação sobre vacinação (78%); inclusão social e combate ao preconceito (56%); comportamentos e transtornos mentais (55%); saúde e meio ambiente (50%); agressividade e conflito com a lei (33%); e prostituição na adolescência (22%).

A partir destes resultados, percebe-se que há a necessidade de aprimoramento das ações da APS de Sobral voltadas ao público jovem, visto que a adolescência é o período onde vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente, transferidos à idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados. Nesse sentido, é importante incentivar o

adolescente a se tornar sujeito ativo do seu cuidado, utilizando para isso estratégias de educação em saúde que visem à promoção da saúde, a prevenção de agravos e o autocuidado (VIERO *et al.*, 2015; SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014).

Uma pesquisa de revisão integrativa concluiu, a partir dos estudos selecionados, que há certa deficiência na assistência ao adolescente na APS e, apesar da existência de programas específicos para este público, os mesmos parecem não ser realizados de forma efetiva. Vários fatores foram apontados como relevantes para a ineficiência dessas práticas, dentre os quais se destacam a falta de preparo, capacitação dos profissionais e as deficiências físicas das unidades para acolhimento dos adolescentes, associada a não inserção do adolescente no planejamento, execução e avaliação das atividades. Isto nos estimula a refletir sobre a necessidade de aperfeiçoamento das práticas atualmente utilizadas, visto que os resultados obtidos poderão ser mais satisfatórios (SILVA *et al.*, 2016).

O indicador sobre as estratégias utilizadas pelas Unidades de Saúde para detecção da violência contra crianças e adolescentes alcançou 91,5% do padrão esperado, contemplando: identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas (94%); escuta de relatos de outros usuários e verificação dos casos (94%); discussão de caso em equipe (94%); escuta individual e sigilosa (94%); visita domiciliar (89%); sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos (89%); protocolo de atendimento (56%); e livre declaração dos responsáveis (56%).

O estudo realizado em São Paulo sobre o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes mostrou que há iniciativas por parte do poder público, mas os profissionais enfrentam dificuldades para participar dessas atividades de capacitação devido, principalmente, à sobrecarga de trabalho nas Unidades de Saúde. Além disso, a falta de segurança e a dinâmica de trabalho desarticulada com a rede de proteção como, por exemplo, o Conselho Tutelar, são outras limitações que têm dificultado o trabalho dos profissionais com reflexos no número de notificações dos casos de violência (LEITE *et al.*, 2016). Resultados como estes são encontrados em outros estudos (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017; ROLIM *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, é importante reforçar a necessidade de ampliar os horizontes quanto ao enfrentamento da violência, integrando ações multiprofissionais, integrais e intersetoriais, bem como deve haver mudanças dos processos de trabalho, acompanhado do preparo dos profissionais por meio de ações de educação permanente para que percebam as situações de violência contra a criança e o adolescente em seu entorno e saibam como agir em seu enfrentamento (THOMAZINE; TOSO; VIEIRA, 2014).

5.2.5 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

A seleção de indicadores realizada para este subdomínio tem como foco a avaliação da organização de ações dirigidas às doenças crônicas e agravos relacionadas à saúde do adulto e do idoso (tabela 7) que ainda representam grandes desafios para a organização da atenção a estes grupos populacionais e que devem estar presentes de forma permanente e programada, de modo a responderem a uma das principais demandas que hoje se colocam para a APS.

Tabela 7 - Indicadores de qualidade quanto à organização da assistência para a saúde do Adulto e da Pessoa Idosa da APS do município de Sobral, CE, 2019

Organização da Assistência para a Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q49 Ações desenvolvidas para Atenção ao Adulto	1,94	97%
Q52 Atividades de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial	1,83	91,5%
Q53 Atividades de rotina para pessoas com Diabetes Tipo II	1,83	91,5%
Q50 Ações de rotina para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1,72	86%
Q55 Ações desenvolvidas para Atenção aos Idosos	1,67	83,5%
Q58 Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas	1,56	78%
Q57 Ações direcionadas para cuidadores de idosos/pessoas acamadas	1,5	75%
Q51 Manejo da Unidade com pessoas consideradas difíceis para pessoas Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1,33	66,5%
Q54 Ações programadas para a Saúde do Homem	1,28	64%

Fonte: Própria Pesquisa

De acordo com a análise da tabela 7, observou-se que as ações planejadas e desenvolvidas para atenção à saúde do adulto obteve 97% do padrão esperado, abordando as seguintes condições: diabetes e hipertensão (100%); atividades físicas orientadas (100%); obesidade (100%); prevenção de câncer de próstata (100%); prevenção de câncer de colo de útero e de mama (100%); hanseníase (100%); tuberculose (100%); IST, HIV/aids e hepatites virais (100%); saúde bucal (100%); saúde mental (94%); outras condições crônicas não transmissíveis (89%); tabagismo (89%); situações de violência (89%); uso abusivo de álcool e outras drogas (83%); e saúde do trabalhador (63%).

Um estudo realizado em um município de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar a atenção à saúde do homem, a partir dos atributos da APS, mostrou resultados contrários ao deste estudo, em que o atributo longitudinalidade e integralidade obtiveram baixo escore, sugerindo que nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde, voltadas ao cuidado integral ao adulto, estão sendo executadas de forma efetiva (DE PAULA *et al.*, 2015).

Observou-se que, dentre as ações desenvolvidas para a saúde do adulto, a saúde do trabalhador foi a que obteve o menor percentual (63%), mas que merece importante atenção por se tratar de uma classe economicamente ativa e por gerar prejuízos sociais e econômicos quando envolvidos em acidentes de trabalho em geral. Estudos mostram resultados semelhantes, revelando que as ações voltadas à saúde do trabalhador na APS ainda são pontuais, negligenciadas e dificultadas, muitas vezes, por qualificação inadequada dos profissionais da saúde. Dessa forma, é importante reforçar que esta é uma barreira a ser vencida para se efetivar a organização das ações de saúde do trabalhador no SUS (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016; LACERDA E SILVA *et al.*, 2014).

O indicador sobre as atividades de rotina para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis alcançou 86% do padrão esperado com as seguintes ações: acolhimento de pacientes com queixas eventuais (94%); solicitação periódica de exames (94%); esclarecimento e orientação dos resultados de exames (94%); orientação de atividades físicas (94%); renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia (89%); agendamentos de retornos periódicos ao final de cada atendimento (83%); controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos (83%); busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento (78%); registro dos pacientes de risco diferenciado (78%); identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas (78%); manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado (72%); grupos de apoio (72%).

A partir destes resultados, é preciso chamar atenção sobre a importância da manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado e para realização de grupos de apoio para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, os quais não obtiveram baixo escore, mas são fatores que se configuram como essenciais para a continuidade da atenção, manutenção do plano terapêutico e estímulo ao autocuidado, e que podem obter resultados mais satisfatórios.

Já o indicador sobre as atividades de rotina para as pessoas com hipertensão arterial obteve 91,5% do padrão esperado contemplando: orientação de dieta (100%); acompanhamento com protocolo (94%); prevenção e tratamento da obesidade (94%); atividades em grupo (94%); solicitação periódica de exames (89%); orientação de atividade física (89%); introdução de

terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular (83%); orientação e suporte para abandono do tabagismo (83%); aferição de três medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico (78%); identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas (72%); e terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado (67%).

O indicador sobre as atividades de rotina para as pessoas com Diabetes tipo II também obteve 91,5% do padrão esperado e englobou: controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés (100%); acompanhamento com protocolo (94%); orientação de dieta (94%); solicitação periódica de exames (89%); avaliação e orientação em saúde bucal (89%); orientação de atividade física (89%); prevenção e tratamento de obesidade (83%); exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos (83%); atividades em grupo (83%); treinamento para auto aplicação de insulina (78%); orientação e suporte para abandono do tabagismo (78%); fornecimento de glicosímetro para insulino dependentes (67%).

Historicamente, no Brasil, a organização de serviços voltados para a redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis tem se pautado na identificação e no acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), tendo em vista a alta prevalência desses agravos na população adulta (BRASIL, 2011c).

Pesquisadores acreditam que estas doenças representam um grande desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças para manter a motivação do paciente em não abandonar o tratamento. Este fato exige um processo contínuo de discussão, acolhimento e apoio para que o paciente conheça sua condição de saúde e amplie o autocuidado e a adesão às medidas recomendadas (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Apesar dos bons resultados encontrados neste estudo para as atividades de rotina relacionadas à HAS e DM, outra pesquisa, realizada em Sobral, encontrou expressivas limitações na avaliação mais aprofundada da atenção às condições crônicas HAS e DM no âmbito da ESF. Ao mesmo tempo, identificou-se um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas. Desse modo, foram desenvolvidas estratégias de organização e gestão do cuidado, tais como a instituição de Protocolos com diretrizes para Screening, Diagnóstico e Tratamento da HAS e DM, a Estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de Educação Permanente dos trabalhadores do sistema, disparados pela gestão, pela coordenação de ensino na figura da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, pelo

Governo do Estado do Ceará, por meio do projeto Qualifica APSUS, e principalmente pelos profissionais da ESF no cotidiano do trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Um estudo realizado em um município do Paraná com o objetivo de avaliar o acompanhamento de adultos com hipertensão arterial e/ou diabetes pela ESF mostrou que este não atende ao padrão assistencial estabelecido para os grupos programáticos analisados, ressaltando a importância do aprimoramento de atividades, com vistas à promoção, prevenção e cumprimento das metas para evitar internações hospitalares e reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares (RADIGONDA *et al.*, 2016).

É importante destacar que para o alcance do plano terapêutico tanto para HAS quanto para DM, é imprescindível que o trabalho da equipe multiprofissional aconteça de forma interdisciplinar, a fim de garantir o fortalecimento de vínculo (profissional, usuário e família) para a continuidade, longitudinalidade e efetividade do cuidado, visando à adesão, autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas com HAS e DM (BRASIL, 2013b).

O indicador relacionado ao manejo da Unidade com pessoas consideradas difíceis para doenças crônicas não transmissíveis obteve 66,5% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde usualmente: discute em equipe alternativas de abordagem/projeto terapêutico (94%); realiza busca ativa (94%); encaminha para grupo de adesão na própria unidade (70%); encaminha para serviço de referência (50%); discute o caso com supervisão externa (50%); realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento (22%).

Importante reforçar que, em meio às diferentes possibilidades experimentadas no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, compete à APS, a coordenação do cuidado dos usuários com doenças crônicas. Porém, sabe-se que a não adesão ao tratamento é um dos problemas frequentes no seguimento destas pessoas e, por isso, a equipe deve estar atenta em identificar a existência de dificuldades com a adesão e seus determinantes para buscar, em conjunto com o usuário, as melhores alternativas de superação (BRASIL, 2014a).

Os resultados de um estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul, sobre as dificuldades no cuidado com pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, retrataram o desestímulo em aderir à dieta e a insatisfação dos profissionais com as práticas de acompanhamento por falha no vínculo com o usuário para motivar o cuidado; além de insatisfação do usuário com a rede de atenção, a qual dificulta o encaminhamento para a consulta de especialidades e acesso aos medicamentos. Assim, o estudo faz uma reflexão considerando que as dimensões culturais, simbólicas e sociais podem ajudar a repensar as propostas de dieta, e o planejamento dos serviços e a educação permanente abrem possibilidades para as melhorias no cuidado (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Quanto à atenção à saúde dos idosos, o indicador referente às ações desenvolvidas para este grupo populacional obteve um alcance de 83% do padrão esperado, o qual contemplou: incentivo e orientação à prática corporal e atividade física (94%); orientação sobre alimentação (94%); identificação e acompanhamento de situações de violência (94%); avaliação da saúde mental (89%); prevenção de quedas (89%); atenção domiciliar (89%); saúde bucal (89%); avaliação da capacidade funcional (83%); orientação sobre menopausa e andropausa, sexualidade e IST/AIDS (78%); identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária (78%); identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas (78%); investigação do suporte familiar e social (78%); orientação sobre os direitos da pessoa idosa (72%); e registro do seguimento na caderneta de saúde da pessoa idosa (44%).

Em diversos países e no Brasil, percebe-se um crescimento acelerado dos idosos na pirâmide etária. Assim, a saúde da população idosa passou a ser uma prioridade no SUS e, por conseguinte, da ESF, a qual possui papel de destaque na promoção do envelhecimento ativo e gestão da saúde da pessoa idosa, oferecendo um conjunto de ações que visem melhorar a qualidade de vida e manter a saúde das pessoas idosas, respeitando as especificidades dessa fase da vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Um estudo realizado em um município do Rio Grande do Norte, com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva, mostrou que os participantes atribuíram à qualidade nota regular (5,7). A Longitudinalidade do cuidado foi um ponto forte (7,3), mas a Integralidade (4,7), a Orientação Familiar (4,1) e a Acessibilidade (3,8) foram consideradas fragilidades na perspectiva do idoso. Desse modo, era de se esperar que, por tratar-se de uma das parcelas mais vulneráveis da população, os esforços envidados para a organização e prestação de serviços ofertados aos idosos fossem diferenciados em busca do princípio da equidade (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Nesse contexto, autores acreditam que a organização da atenção à saúde do idoso no âmbito da APS não deve privilegiar o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas, antes, importa que os atores envolvidos ofertem um cuidado a esse grupo populacional, que contemple, adicionalmente, a promoção à saúde e ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Vale destacar que a caderneta de saúde da pessoa idosa serve como um guia de orientação e registro dos principais aspectos envolvidos no seguimento de saúde do idoso, trazendo informações que servem tanto aos serviços da rede de atenção como um todo, como para o próprio usuário, orientando seu autocuidado e a necessidade de cuidado por terceiros. O registro atualizado possibilita a identificação do idoso frágil por meio do índice de

vulnerabilidade clínico-funcional; o monitoramento de condições crônicas de saúde; além de alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco (BRASIL, 2014b).

Assim, é importante fazer uma alerta para os profissionais de saúde que atuam na APS de Sobral no sentido de valorizarem o registro das ações de saúde do idoso na cardeneta, em que percebeu-se que este item é executado em apenas 44% das Unidades de Saúde estudadas.

Outro indicador importante para avaliação tanto da atenção à saúde do adulto, quanto do idoso refere-se às ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas, o qual obteve 78% do padrão esperado, englobando: visitas periódicas com médico ou enfermeiro (100%); procedimentos domiciliares (94%); registro das ações domiciliares em prontuários (94%); diagnósticos e encaminhamentos necessários para outro nível de atenção (89%); visitas periódicas com equipe de apoio (89%); orientações e cuidados para manutenção da integridade da pele (89%); orientações de higiene bucal (78%); atenção à família em caso de óbito (78%); orientações e acompanhamentos dos cuidadores (78%); detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (78%); assistência odontológica domiciliar (67%); orientações quanto aos direitos sociais (67%); discussão de casos específicos com a rede de atenção à saúde (67%); e prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas (56%).

As unidades básicas de saúde são responsáveis por assistir a todas as pessoas acamadas que necessitam de cuidados, devendo todos os profissionais da equipe multiprofissional realizar o cuidado no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário. Embora campo de prática da APS por 20 anos no Brasil, o cuidado no domicílio permanece negligenciado e ameaçado por uma demanda de cuidados que ultrapassa a capacidade de atendimento das equipes. Trata-se de um momento ímpar para uma rediscussão de suas potencialidades visando à formação adequada e a ampliação da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS (SAVASSI, 2016).

Os pacientes acamados representam uma demanda específica, em geral, priorizados no planejamento das visitas domiciliares, as quais permitem conhecer as condições de vida das pessoas. As principais demandas neste tipo de atendimento são realizadas àquelas com doenças crônicas não transmissíveis acamadas, com dificuldades de locomoção e idosas, em que o foco do cuidado é o acompanhamento clínico e as atividades de educação (BECKER *et al.*, 2018).

Porém, um estudo detectou falhas na atenção domiciliar de um município da Bahia referentes à incipiência das ações de promoção da saúde e à não utilização de tecnologias materiais e não materiais específicas para agir em relação ao contexto familiar e domiciliar, as quais indicam a necessidade de investimentos importantes na formação dos profissionais da

atenção básica, em especial, que possibilitem a incorporação de outros saberes além dos biomédicos (LOPES; VILASBÔAS; CASTELLANOS, 2017).

Cuidar da saúde do cuidador de pessoas acamadas e/ou idosos também é uma tarefa importante para que a APS possa traçar estratégias de saúde, segundo as necessidades destes indivíduos. Em relação ao indicador sobre as ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas foi alcançado 75% do padrão esperado, com as seguintes ações desenvolvidas: orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência (94%); orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso (89%); suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário (72%); avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (67%); grupo de apoio aos cuidadores (17%).

Estes achados refletem a necessidade de readequação e redirecionamento das políticas públicas para o suporte em ações e estratégias no âmbito da APS voltadas aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas, sejam eles um familiar ou trabalhador formal, com vistas à integração dos serviços de atendimento primário às ações para a execução de um cuidado efetivo.

O cuidado prestado ao idoso e/ou pessoas acamadas exige dedicação exclusiva com tarefas relacionadas aos cuidados higiênicos, alimentação, administração de medicação e estímulo ao indivíduo com as atividades reabilitadoras, interagindo, assim, com a equipe terapêutica. Essas atividades levam, muitas vezes ao desgaste físico e estresse, cabendo à equipe da unidade básica fornecer subsídios técnicos para lidar com esta demanda, além de suporte direto por meio de visitas domiciliares (SOUZA *et al.*, 2015).

Porém, percebe-se que a atenção à saúde do cuidador de idosos e/ou pessoas acamadas ainda é pouco abordada e explorada na APS e uma das estratégias importantes, como grupo de apoio aos cuidadores para suporte técnico e emocional, foi pouco executada neste estudo, em que somente 17% das Unidades de Saúde estudadas referiram utilizar esta estratégia para propiciar maior interação entre usuário, família e profissionais.

Importante destacar que a implementação de grupo de cuidadores de idosos configura-se em uma valiosa iniciativa das Unidades de Saúde para a troca de experiências e saberes, em que os próprios cuidadores exercem o papel de agentes ativos na aquisição contínua de seu conhecimento. Além de que, é considerado um espaço de ganho pessoal, em que os cuidadores recarregam suas energias e se fortalecem ainda mais para exercer brilhantemente a arte de cuidar (NUNES *et al.*, 2014).

O indicador sobre as ações programadas para a saúde do homem foi o que obteve o menor desempenho com apenas 64% do padrão esperado, em que contemplou: IST/aids e

hepatites virais (100%); câncer de próstata e outras neoplasias (94%); uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas (83%); importância da adesão às ações e tratamentos de saúde (83%); risco cardiovascular (77%); saúde bucal (77%); incontinência urinária masculina (72%); impotência (72%); métodos contraceptivos temporários e definitivos (72%); relações de gênero, masculinidade, sexualidade e orientações sexuais (61%); saúde do trabalhador (56%); paternidade e relações familiares (56%); situações de violência (50%); e andropausa (39%).

Esta realidade não é vivenciada apenas na APS de Sobral, como também em outros municípios brasileiros, em que a saúde do homem é uma temática ainda pouco abordada nos debates e discussões sobre a saúde pública no Brasil, caracterizando, assim, um déficit no cuidado da saúde da população masculina, de forma a ser possível observar que as altas taxas de morbimortalidade por causas evitáveis vêm a contribuir para que a saúde do homem seja considerada um problema de saúde pública. A ausência do homem nas unidades básicas de saúde não está relacionada apenas às suas características de identidade ou ao seu déficit de autocuidado, estando atrelada também à desorganização do modelo assistencial da APS (ALVES *et al.*, 2017; CARNEIRO *et al.*, 2014).

Autores acreditam que a equipe que compõe a unidade de saúde detém forte influência para a operacionalização da Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no cotidiano dos serviços de saúde, e deve estar preparada para trabalhar com a singularidade da condição masculina. Portanto, o serviço de APS deve possibilitar estratégias para facilitar o acesso, como, por exemplo, a flexibilidade com o horário de atendimento, de acordo com a realidade de cada território. Além disso, deve desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência da saúde do homem que permitam uma maior aproximação desse grupo (SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017).

Os resultados de um estudo semelhantes ao deste mostram a necessidade de aperfeiçoar a atenção à saúde voltada à população masculina no âmbito da APS. Acrescenta-se a responsabilidade sanitária de cada ente federativo na garantia da assistência integral e de qualidade a todos os usuários do SUS. Reitera-se, ainda, a importância de as políticas públicas não serem somente elaboradas, mas implementadas efetivamente para garantir que, de fato, haja melhoria nas condições de saúde do público masculino (SILVA *et al.*, 2018).

5.2.6 Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

A atenção a agravos de relevância epidemiológica e social reúne indicadores relacionados à avaliação de ações de vigilância em saúde, incluindo ações de prevenção e

assistência de doenças e agravos de notificação compulsória, atenção à deficientes, saúde do trabalhador e saúde mental. São ações que compõem a atenção integral à saúde de diferentes segmentos populacionais, pressupondo abordagens individuais e coletivas de problemas de saúde do território, estando necessariamente, em grande parte dos casos, articuladas a ações intersetoriais e integradas às vigilâncias epidemiológicas e sanitárias. A tabela 8 traz os resultados da avaliação deste estudo quanto a este subdomínio.

Tabela 8 - Indicadores de qualidade quanto à Atenção à agravos de Relevância epidemiológica e social da APS do município de Sobral, CE, 2019

Atenção a agravos de Relevância epidemiológica e Social		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q62 As ações realizadas em caso sugestivo de IST/AIDS	1,89	94,5%
Q70 Ações para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico	1,83	91,5%
Q66 Atenção aos casos de Hanseníase	1,78	89%
Q65 Ações em casos suspeitos ou confirmados de Tuberculose	1,72	86%
Q59 Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória	1,67	83,5%
Q64 Ações em casos positivos para HIV e hepatites B e C e sífilis	1,67	83,5%
Q63 Ações em casos negativos para HIV e hepatites B e C e sífilis	1,56	78%
Q67 Ações na atenção à pessoas com deficiência	1,56	78%
Q60 O público alvo das ações programadas de Prevenção de IST/AIDS	1,39	69,5%
Q71 Controle do uso de Benzodiazepínicos	1,28	64%
Q69 Ações em casos de uso abusivo de álcool e outras drogas	1,17	58,5%
Q61 Dispensação de preservativos masculinos	1,11	55,5%
Q68 Ações na atenção à Saúde do Trabalhador	1	50%

Fonte: Própria Pesquisa

O indicador relacionado às ações desenvolvidas em caso sugestivo de IST/AIDS obteve 94,5% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde realizam: orientações sobre o uso de preservativo (100%); teste rápido ou sorologia para sífilis (100%); aconselhamento pré-teste

(94%); teste rápido ou sorologia para HIV (94%); teste rápido ou sorologia para hepatites virais (94%); orientação para vinda dos parceiros para avaliação e aconselhamento (89%); encaminhamento para serviços de referência dos casos de aids e hepatites virais (89%); investigação etiológica e tratamento da IST (sífilis) na Unidade (72%).

As IST são frequentes e refletem na qualidade de vida e saúde das pessoas, tanto em termos físicos como psicossociais. Assim, como porta de entrada do SUS, a APS deve possibilitar a realização de testes rápidos e consequente estabelecimento de linhas de cuidado para proporcionar maior resolubilidade e qualidade no atendimento. Porém, estudos identificam fragilidades para realização dos testes rápidos, relacionadas à logística de materiais e insumos, estrutura física, capacitação para realização do aconselhamento pré e pós-teste, e a necessidade de melhorias nas ações de educação permanente (ARAÚJO *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2015).

Resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo realizado na Espanha com profissionais da APS, o qual revelou a necessidade de capacitação em teste rápido para IST e aconselhamento por parte desses profissionais no sentido de melhorar a detecção dessas doenças e a abordagem feita ao usuário (AUGUSTÍ *et al.*, 2013).

Para o indicador relacionado às ações em casos positivos para HIV, hepatites B e C e sífilis, o padrão esperado foi de 83,5%, em que as Unidades de Saúde realizam: notificação compulsória (89%); convocação do paciente (83%); encaminhamento para serviços de referência dos casos de aids e hepatites virais (83%); tratamento na unidade de referência e acompanhamento dos casos na própria unidade (83%); orientações de cuidados com os parceiros (83%); orientações sobre diagnóstico e tratamento (78%).

Já o indicador sobre as ações em casos negativos para HIV, hepatites B e C e sífilis alcançou 78% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde: orientam sobre o teste (janela imunológica, situações de exposições, outros) (83%); orientam sobre prevenção (83%); informam o resultado negativo ao paciente (61%); arquivam os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição (50%).

Importante salientar, a partir dos resultados deste estudo, que a abordagem dos resultados deve ser feita de modo adequado ao contexto de vida de cada sujeito, tanto em relação a medidas de sexo mais seguro e proteção dos parceiros, como em relação ao significado do diagnóstico e possibilidades de tratamento. Os resultados positivos exigem uma escuta cuidadosa em relação à compreensão e aceitação do diagnóstico, às expectativas de repercussão na vida familiar, rede social e no trabalho, além do cuidado para convocação e notificação de parceiros sexuais (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Nos Estados Unidos e na Nova Zelândia, a notificação de parceiros tornou-se uma estratégia de prevenção contra o HIV, relacionando-se ao aumento da procura por aconselhamento e testagem entre os parceiros sexuais notificados pelos seus pacientes-índice diagnosticados com o vírus. Assim, a notificação realizada corretamente reduz a infecção persistente do paciente-índice, identifica as infecções sexuais assintomáticas, contribui para a redução da transmissão, evita sequelas e oferece oportunidade para discussão sobre sexo seguro (ROSE; GARRETT; PULLON, 2017; WARD; BELL, 2014; BROWN *et al.*, 2011).

Porém, um estudo realizado em Fortaleza identificou que dentre as modalidades de comunicação sobre os resultados dos exames para parceiros, somente a busca ativa não foi mencionada. O estudo associa este fato à falta de detalhamento no protocolo nacional de IST sobre como realizá-la com base em uma estrutura organizacional que garanta a legalidade desta ação. Dessa forma, esforços para valorizar o desenvolvimento da notificação de parceiros nos serviços de saúde são necessários, uma vez que essa ação ultrapassa o interesse individual (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Vale destacar que, compete à APS, nos casos positivos para sífilis realizar todo o processo de diagnóstico e tratamento, garantindo a manutenção do vínculo e aumentando as chances de um tratamento completo. Como já visto anteriormente, o encaminhamento para aplicação do tratamento de escolha, penicilina benzatina, em outro serviço dificulta o acesso e aumenta as chances de não realização ou interrupção do tratamento. No Ceará, a vigilância epidemiológica da sífilis vem se estruturando e contribuindo para um acompanhamento mais efetivo dos casos, através do diagnóstico e tratamento precoce (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Porém, foi detectado neste estudo que apenas 72% das Unidades estudadas realizam investigação etiológica e tratamento da sífilis na própria Unidade, havendo a necessidade de reflexão por existir uma relevante margem para melhoria da atenção prestada pelos serviços pesquisados.

Em relação ao público alvo das ações programadas de prevenção de IST/AIDS, o indicador obteve 69,5% do padrão esperado em que as Unidades de Saúde envolveram: população em geral durante campanhas (100%); população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (78%); outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo (72%); pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas (61%); escolares de nível fundamental (56%); idosos (56%); e instituições na comunidade como centro de convivências (33%).

A partir destes resultados, percebe-se que as Unidades de Saúde de Sobral não envolvem com satisfatoriedade os grupos com vulnerabilidade aumentada, como escolares de nível

fundamental, idosos, e pessoas em centros de convivências. Dessa forma, é importante destacar que cabe à atenção básica estimular práticas sexuais mais seguras a partir da promoção de ações educativas, reconhecendo a necessidade de segmentos sociais mais vulneráveis no território (CONCEIÇÃO; COSTA, 2017).

Além disso, estabelecer vínculos, compreender a vida dos grupos mais vulneráveis, suas necessidades e como vivenciam a sexualidade é imprescindível para a realização de um diálogo pautado em suas dúvidas e inquietações, de modo a construir, assim, uma ponte ou um caminho com os profissionais de saúde e educadores (CORTEZ; SILVA, 2017).

O indicador sobre a dispensação de preservativos masculinos alcançou apenas 55,5% do padrão esperado, em virtude de somente 22% das Unidades de Saúde o deixarem expostos em local de fácil acesso para todos, enquanto 78% dispensam conforme solicitação dos usuários.

A partir deste resultado, vale ressaltar que o livre acesso aos preservativos masculinos (e aos femininos também) viabiliza e estimula a prática de sexo mais seguro tanto para prevenção da gravidez não planejada como de IST. A dispensação indiscriminada de preservativos, ou seja, sem critérios que possam representar barreiras ao acesso, representa uma garantia de direitos sexuais e reprodutivos, e uma estratégia eficaz para a prevenção de IST/aids (BRASIL, 2013c). Desta forma, é importante que as Unidade de Saúde estudadas de Sobral incentivem o uso do preservativo, disponibilizando-os livremente, de forma a favorecer a adoção de práticas sexuais mais seguras para toda a população.

O indicador relacionado às ações de vigilância em casos de doenças ou agravos de notificação compulsória alcançou 83,5% do padrão esperado em que as Unidades de Saúde realizam: preenchimento da ficha de notificação compulsória (100%); busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente (94%); ações de educação e prevenção para os usuários na unidade (83%); encaminhamento para outros serviços (78%); ações de educação e prevenção na comunidade (72%); atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade (72%); capacitação da equipe (67%).

Nesse contexto, reconhecer que a notificação é importante para o sistema de vigilância em saúde e que os dados gerados com maior fidedignidade representam um instrumento de melhoria da qualidade da saúde da população, constitui-se em grande desafio. Um estudo realizado em Goiás identificou fatores que contribuem para a subnotificação, os quais estão atrelados à conduta do médico ou enfermeiro, às dificuldades no processo de notificação, às características complexas do paciente, ao diagnóstico e à sobrecarga dos profissionais de saúde. Mas o estudo ressalta que principal problema das subnotificações parece ser que os médicos

têm dificuldades para diagnosticar os casos, não notificam, não repassam para outros profissionais notificar, e quando notificado é conduzida sob a responsabilidade do enfermeiro e longe do paciente, portanto, tardiamente (MELO *et al.*, 2018).

A partir disso, é importante que a equipe de profissionais da ESF seja capacitada tecnicamente para identificar as diferentes situações de notificação, alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de forma a possibilitar o diagnóstico e planejamento de medidas de controle em escala municipal, estadual e nacional (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Em relação ao indicador referente à atenção aos casos de Hanseníase, obteve-se 89% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde realizam: acompanhamento de casos (100%); diagnóstico de novos casos (94%); busca ativa de contatos intradomiciliares (94%); dispensação de medicamentos para hanseníase (94%); busca ativa de faltosos em tratamento (89%); tratamento supervisionado na unidade (89%); tratamento supervisionado no domicílio (89%); notificação compulsória (89%); controle do número de casos de hanseníase em acompanhamento (83%); exame dermatoneurológico e prevenção de incapacidades (83%); capacitação da equipe (72%); ações educativas na família e na comunidade (72%); e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (68%).

Para as ações em casos suspeitos ou confirmados de Tuberculose, o indicador alcançou 86% do padrão esperado, contemplando: tratamento supervisionado na unidade (100%); coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina) (89%); pesquisa de HIV (89%); busca ativa de contatos intradomiciliares (89%); busca ativa de faltosos em tratamento (89%); estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose (89%); notificação compulsória (89%); pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios (83%); tratamento supervisionado no domicílio (83%); livro de controle de tratamento dos casos de tuberculose (83%); capacitação da equipe (72%); ações educativas (67%); e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (61%).

A tuberculose e hanseníase persistem como problemas de saúde pública no Brasil e compete à unidade básica de saúde a realização do diagnóstico precoce, busca ativa, tratamento e seguimento dos casos. Para isso, a equipe precisa estar sensibilizada para o problema e capacitada para uma atenção qualificada, porém percebe-se, a partir da literatura científica e dos resultados deste estudo, a necessidade de maior enfoque para a capacitação profissional na APS, visto que, apesar de serem ofertadas, não são estão sendo realizadas em todas as unidades, como neste estudo, e não atendem às reais necessidades de conduta desses profissionais nas

ações de diagnóstico, tratamento e complicações do agravo, como refere o estudo de Araújo e outros colaboradores (2016).

Os resultados deste estudo também apontam fragilidade quanto às ações educativas para a tuberculose e hanseníase e nos induz à reflexão sobre a importância de insistir nestas ações para o esclarecimento de dúvidas da população, combate ao estigma destas doenças, de forma a ampliar as chances de adesão e reduzir os riscos de transmissibilidade na comunidade. Resultados como estes também foram encontrados em outros estudos (KESSLER *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2017).

O indicador relacionado às ações na atenção à pessoas com deficiência obteve 78% do padrão esperado com a realização das seguintes ações: orientação para os cuidadores (94%); diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção (94%); visitas domiciliares periódicas com equipe de apoio multiprofissional (94%); visitas domiciliares periódicas com médico e/ou enfermeiro (89%); articulação com rede de saúde e instituições (89%); orientações quanto aos direitos sociais (89%); assistência odontológica quando é possível realizar na unidade (78%); detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (67%); ações para a saúde sexual e reprodutiva (61%); capacitação da equipe (61%); vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas (47%).

Estes resultados foram similares ao de um estudo realizado em São Paulo, em que os serviços disponíveis na atenção à pessoas com deficiência foi avaliado abaixo do valor de corte em relação à atenção ao uso de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo, detectou-se resultados contrários quanto à orientação sobre cuidados à familiares/cuidadores, em que neste estudo verificou-se uma boa avaliação, enquanto na pesquisa mencionada foi classificada como insatisfatória. Além disso, os usuários consideram que os serviços não reconhecem grande parte de suas demandas específicas, como problemas para ouvir, enxergar e falar. Esta fragilidade pode indicar a invisibilidade das pessoas com deficiências para os serviços, impossibilitando a efetivação do papel da APS como ordenadora da atenção em rede para esse segmento populacional (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Porém, se faz importante salientar que as necessidades de saúde das pessoas com deficiência devem ser reconhecidas e priorizadas pela APS, de forma a detectar condições de vulnerabilidades, riscos e agravos à saúde destas pessoas que adquirem maior especificidade de acordo com a deficiência e o contexto familiar e social (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2018).

Frente às fragilidades da APS quanto ao manejo e conduta dos diferentes casos de pessoas com deficiência, se faz relevante também ressaltar a importância da capacitação da

equipe para melhoria e resolubilidade da atenção prestada a estes usuários, em que neste estudo verificou-se que apenas 61% das Unidades de Saúde realizam capacitação dos profissionais, o que nos remete à necessidade de obter melhores resultados. Este achado também foi encontrado em outro estudo (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

O indicador sobre as ações em casos de uso abusivo de álcool e outras drogas alcançou 58,5% do padrão esperado, em que foi contemplado: redução de danos (83%); construção de um projeto terapêutico singular (83%); discussão com serviços especializados da rede de apoio (83%); encaminhamento para serviço especializado (78%); discussão de caso com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou equipe de apoio multiprofissional (72%); orientações e acompanhamento na própria Unidade (72%); disponibilização de insumos de prevenção às IST/Aids (67%); investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool (56%); avaliação do padrão de consumo (50%); intervenção breve (50%); grupos de apoio ao usuário (45%); grupo de apoio aos familiares (39%); e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (39%).

O uso abusivo de álcool e outras drogas é uma condição muito comum, com abordagem frequente na APS, porém os profissionais de saúde enfrentam inúmeras dificuldades para conduzir estes casos. Os resultados de um estudo realizado em Minas Gerais sugerem que há um discurso a favor das práticas preventivas, mas enfoque no curativismo; limitada participação dos usuários nas atividades preventivas; dificuldade na abordagem aos usuários de drogas; sobrecarga de trabalho; ausência de engajamento dos médicos; cobertura assistencial insuficiente; falta de suporte da gestão, entre outros fatores que obstaculizam o desenvolvimento das ações preventivas e interferem na abordagem aos usuários de drogas (LAPORT *et al.*, 2016).

O fato de estes itens: investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool; avaliação do padrão de consumo; intervenção breve; grupos de apoio ao usuário; grupo de apoio aos familiares; e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência terem obtido relativamente baixa porcentagem entre as ações desenvolvidas pelas Unidades deste estudo, pode ser justificado pela necessidade de suporte, sensibilização e qualificação da equipe multiprofissional para lidar com esse público.

Outros estudos nacionais e internacionais também refletem esta necessidade, no sentido de que a APS, por ser o primeiro contato do usuário na rede de atenção, deve estar preparada para detectar, acolher e conduzir casos referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas, com vistas à redução/cessação do tal consumo, bem como na minimização dos problemas

relacionados a tal uso (DE PAULA *et al.*, 2014; ABREU *et al.*, 2018; MENDENHALL *et al.*, 2014).

Vale destacar também a importância de uma rede de apoio bem estruturada que dê suporte às demandas dos profissionais de saúde da APS, de forma a contribuir para evitar práticas de “psiquiatrização” e, ao mesmo tempo, promover a equidade, integralidade e o acesso, garantindo estratégias terapêuticas de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Assim, as Unidades de Saúde de Sobral podem contar, de forma satisfatória, com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e do apoio matricial como um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Contemplando essa abordagem, o indicador referente às ações para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico alcançou 91,5% do padrão esperado, em que as unidades englobaram: discussão com os serviços especializados da rede de apoio (94%); orientação aos cuidadores e/ou familiares (89%); visita domiciliar periódica (89%); discussões em equipe para construção de projeto terapêutico (89%); discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional (89%); consulta por profissionais da equipe (89%); consulta por profissionais da equipe de saúde mental (89%); encaminhamentos para grupos especializados com manutenção de seguimento na unidade (83%); grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos (72%); detecção de queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço (72%); e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência (72%).

A saúde mental está presente no conjunto das demandas que se colocam no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde e estas precisam estar preparadas para reconhecer e abordar essas necessidades de saúde como parte de uma atenção integral. Porém, apesar dos bons resultados encontrados neste estudo, outras pesquisas indicam que os profissionais apresentam dificuldade para atuar frente às demandas que não são físicas e acabam encaminhando os usuários para serviços especializados, desresponsabilizando-se pela situação (FRATESCHI; CARDOSO, 2014; SILVA *et al.*, 2017).

Dessa forma, autores acreditam que se faz necessário saber lidar com os desafios da integração da saúde mental na APS a partir de estratégias centradas em superar as desigualdades do acesso e qualidade dos serviços em saúde mental, as quais só podem ser concretizadas pelo protagonismo da própria APS. Esta perspectiva tem o potencial de ampliar e reordenar os eixos que têm sido adotados para esta integração no SUS, deixando a ESF de ser um coadjuvante dos CAPS para responder às necessidades de saúde mental da população, para assumir lugar de

coordenação e integralidade, com o apoio dos CAPS e NASF, para efetivar esta resposta (WENCESLAU; ORTEGA, 2014).

Importante salientar que o modelo assistencial no município de Sobral é considerada referência para toda a região, em que os serviços de saúde mental se articulam entre si e também com os demais componentes da rede de serviços integrantes do sistema de saúde. Rompem com a ideia de hierarquização de organização dos serviços de saúde e, assim, propiciam a circulação de profissionais pelos vários serviços da rede, atuando nos mais diferentes níveis de complexidade e viabilizando a construção de novas articulações e fluxos conectivos, além da experimentação de novos processos de trabalho, não se cristalizando em determinadas funções específicas (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) de Sobral integra: CAPS Geral, CAPS AD; Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, Clínica Médica em Hospital Geral, Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e a Terapia Comunitária realizada nos territórios. Porém, vale destacar que o município, em virtude da sua abrangência populacional, possui critérios suficientes para a implantação do CAPSi (para infância e adolescência) e CAPSIII (para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana).

O indicador relacionado ao controle do uso de Benzodiazepínicos alcançou 64% do padrão esperado, sendo este controle realizado pelas Unidades: a critério médico, em cada consulta (83%); pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro informatizado (61%); por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento (50%); e por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia (39%).

A partir disso, o que se espera é que um serviço de qualidade preserve, ao máximo, o uso dos benzodiazepínicos, indicando ao usuário outros tipos de medicamento; e quando seu uso se fizer extremamente necessário, deve-se estipular, logo no início do seu uso, um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário sua redução gradual. Nos casos em que não for possível a suspensão total do medicamento, é importante que o médico que prescreveu o medicamento, juntamente com a equipe de Saúde, repense a relação do usuário com o “remédio”, compartilhando com o usuário a responsabilidade pelo enfrentamento do uso crônico deste medicamento (BRASIL, 2013d).

O indicador deste subdomínio que obteve a avaliação mais baixa está relacionado à saúde do trabalhador com 50% do padrão esperado, em que as Unidades de Saúde realizam: notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho (89%); encaminhamento para

serviços de referência (83%); assistência ao trabalhador (78%); educação e promoção em saúde do trabalhador (61%); orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (61%); orientações quando aos direitos sociais (50%); investigação e acompanhamento da atividade laboral nas consultas (50%); médico preenche o item 2 da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), referente a diagnóstico, laudo e atendimento (44%); vigilância de trabalho infantil como situação de alerta – evento sentinela (44%); e solicitar à empresa a emissão do CAT (39%).

A inserção da saúde do trabalhador na esfera pública tem se configurado um desafio permanente para o desenvolvimento técnico-operacional das práticas de saúde em todos os níveis de atenção como, na assistência, na vigilância à saúde, no tratamento das informações, na gestão dos serviços, na condução de políticas locais e programáticas, e na formação e educação permanente dos profissionais da saúde. Nesse contexto, os serviços da APS são considerados fundamentais para a construção e execução de estratégias no âmbito da saúde do trabalhador articuladas com a rede de atenção à saúde, desde que haja o reconhecimento do usuário como trabalhador e a compreensão do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES JUNIOR, 2016).

Entretanto, autores acreditam que suas ações no contexto da saúde do trabalhador ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros. Trata-se de um conjunto de demandas e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, expressões das configurações pelas quais o trabalho se manifesta na atualidade, acrescidas de um processo sociopolítico e técnico de implementação das ações com foco na saúde do trabalhador. Este modelo propicia, por vezes, que o trabalhador seja visto como um usuário do sistema, de forma a tornar invisível a sua condição de trabalhador e a sua real demanda por saúde (MENDES *et al.*, 2015).

Dessa forma, os resultados deste estudo e de outros encontrados na literatura apontam para a necessidade de investimentos públicos que considerem as políticas públicas e sociais relacionadas à saúde do trabalhador, e que estimulem o desenvolvimento equânime no campo da formação, da pesquisa e da proteção do meio ambiente do trabalho (LACERDA E SILVA *et al.*, 2015).

5.2.7 Saúde Bucal

A incorporação de ações em saúde bucal de modo extensivo no âmbito da APS é relativamente recente, mas tem crescido muito nos últimos anos e deve ser entendida como

parte da atenção integral à saúde e como direito social de cidadania. Os indicadores para este subdomínio estão reunidos na tabela 9.

Tabela 9 – Indicadores de qualidade quanto à organização da Atenção à Saúde Bucal da APS do município de Sobral, CE, 2019

Organização da Atenção à Saúde quanto à Saúde Bucal		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q74 Ações de rotina desenvolvidas pela Equipe de Saúde bucal	1,83	91,5%
Q73 Público alvo do atendimento Odontológico	1,61	80,5%
Q75 Procedimentos realizados pela Equipe de Saúde bucal	1,17	58,5%

Fonte: Própria Pesquisa

O indicador referente às ações de rotina desenvolvidas pela equipe de saúde bucal alcançou 91,5% do padrão esperado, em que as Unidades englobaram: educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (100%); ação coletiva de escovação dental supervisionada (100%); educação em saúde bucal para usuários da unidade (94%); identificação de necessidades de prótese dentária e encaminhamento para referência (94%); ações de prevenção e detecção do câncer de boca (94%); orientações sobre higienização de próteses (89%); registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca (89%); atendimento clínico individual com tratamento completo (78%); orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras (78%); e elaboração de plano preventivo-terapêutico na primeira consulta programada (72%).

Apesar do resultado satisfatório deste estudo em relação às ações desenvolvidas, a organização da demanda é reconhecida como um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal. Um estudo revela que são poucos os avanços na ampliação e qualificação da assistência à população e o processo de trabalho em saúde bucal pode ser prejudicado pela permanente demanda excessiva e predomínio de ações curativas. A partir disso, o estudo mencionado reflete a necessidade de esforços continuados na gestão do trabalho, formação e educação permanente. Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais e um novo modo de se fazer saúde (SCHERER; SCHERER, 2015).

Um estudo realizado no centro oeste do Brasil observou, em seus resultados, uma predominância de atividades curativas e preventivas individuais, em detrimento de ações de promoção de saúde coletivas. Os achados indicam um grande caminho a percorrer pelo cirurgião dentista para se aproximar do que está prescrito pelas diretrizes nacionais, sendo considerado um profissional solitário na Unidade de Saúde. Mesmo na ESF, o processo de trabalho ainda permanece centrado nele. Neste sentido, o trabalho em equipe não é fortalecido e restringe a efetividade das ações de promoção da saúde (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

A oferta de procedimentos de saúde bucal deve ser o mais diversificado e completo possível, dentro do espectro de complexidade da unidade básica. Porém, para este estudo, o indicador referente aos procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal alcançou apenas 58,5% do padrão esperado, em que contemplou: aplicação tópica de flúor (100%); extração de dente (100%); restauração com resina composta (83%); drenagem de abscesso (78%); sutura (78%); restauração de amálgama (72%); acesso à polpa dentária (72%); raspagem, alisamento e polimento supragengivais (67%); tratamento de alveolite (39%); ulotomia/ulectomia (33%); remoção de cistos (33%); tratamento endodôntico (28%); pulpotomia (28%); coleta de material para biópsia (22%); e frenectomia (11%).

Um estudo encontrou resultantes semelhantes ao deste, em que, quanto à realização de procedimentos básicos, contrariando o esperado de uma boa e tradicional prática clínica, nenhum deles foi executado por todas as equipes. Como são procedimentos inerentes à APS e fazem parte do conjunto de soluções para os problemas mais comuns de saúde bucal, se faz necessário um acompanhamento técnico junto às equipes para compreender os motivos e promover ajustes (CASOTTI; GABRIEL, 2016).

Importante salientar que, para a atenção à saúde bucal, não deve haver restrições a nenhum segmento, devendo-se contemplar o conjunto da população da área. O indicador referente ao público-alvo alcançou 80,5% do padrão esperado, abrangendo: gestantes (100%); crianças em idade escolar (100%); idosos (100%); portadores de diabetes (94%); crianças até 6 anos (89%); pronto atendimento para queixas agudas (89%); pacientes acamados (83%); pacientes atendidos conforme demanda (78%); adolescentes (72%); e bebês (44%).

Um estudo realizado no interior paulista avaliou indicadores de saúde bucal, em que mostra que o indicador de atrição, referente à acessibilidade da população ao serviço odontológico, não deve obter valores inferiores a 90%, visto que, se inferior a isto, indica dificuldades para atingir a população alvo. Assim, o estudo afirma que as unidades de saúde estudadas não têm sido efetivas em suas ações de saúde bucal, uma vez que não têm atingido a

sua população-alvo na prestação de atendimentos odontológicos. Se utilizarmos esta comparação para este estudo, podemos encontrar resultados semelhantes (MAGRI *et al.*, 2016).

A partir dos resultados expostos neste subdomínio, e objetivando alcançar resultados mais satisfatórios para a atenção à saúde bucal de Sobral, há a necessidade de articular uma reorientação das práticas de saúde bucal com a expansão da atenção capilarizada pela ESF. Assim, é preciso investir em esforços para que se efetivem a redução das desigualdades de acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos na área da saúde bucal para planejamento da APS.

5.2.8 Gestão e gerenciamento local

A gerência constitui um importante instrumento para a efetivação de políticas, incorporando um caráter articulador e integrativo, de forma que a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

Assim, Carvalho (2012) apresenta as competências do trabalho gerencial desenvolvidas por Claus e entre elas estão informação, planejamento e avaliação em saúde, as quais estão discriminadas na tabela 10 como processo avaliativo deste estudo relacionado à gestão e gerenciamento local.

Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

Tabela 10 – Indicadores de qualidade quanto à Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde da APS do município de Sobral, CE, 2019

Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q82 Desdobramento das avaliações realizadas na Unidade	1,72	86%
Q77 Dados de Registro de rotina da Unidade	1,61	80,5%
Q79 Base do Planejamento Local realizado pela Unidade	1,56	78%
Q78 Dados da Produção Assistencial da Unidade	1,33	66,5%
Q81 Levantamento sobre a realidade local no último ano	1,22	61%
Q80 Definição da área de abrangência da Unidade	1,17	58,5%

Fonte: Própria Pesquisa

O indicador relacionado à definição da área de abrangência da Unidade de Saúde obteve 58,5% do padrão esperado, em virtude de apenas 17% dos CSF referirem que a mesma é definida por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso, o qual é considerado o recomendado, enquanto 83% afirma ser definida administrativamente pelo nível central da secretaria de saúde ou instância municipal responsável pela saúde.

A partir deste resultado, se faz importante salientar que uma das estratégias de planejamento participativo é a territorialização, a qual é essencial para o planejamento das ações de saúde, visto que favorece o conhecimento de aspectos ambientais, sociais, demográficos, econômicos, os principais problemas de saúde da população de determinada área, e deve ser desenvolvido pelo conjunto dos profissionais da unidade, da população local e dos gestores municipais para reconhecimento da realidade local (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Sobre o indicador relacionado ao levantamento da realidade local, este alcançou 61% do padrão esperado, em que o mesmo foi realizado pelas Unidades de Saúde estudadas a partir de: dados do cadastro das famílias (100%); dados dos programas, como pré-natal, atenção à criança, à pessoas com doenças crônicas, entre outros (94%); dados do perfil da demanda dos casos extras (39%); e estudos na comunidade (39%).

Percebe-se assim, que as Unidades estudadas não alcançaram o padrão de qualidade adotado para esta pesquisa em virtude de apenas 39% delas valorizarem o levantamento dos dados por meio de estudos na comunidade junto aos usuários. Assim, este achado nos induz à necessidade de refletir e destacar que essa estratégia possibilita o planejamento dos processos de trabalho de forma mais dinâmica e mais próxima das reais necessidades de saúde da população da área de abrangência, com repercussões na qualidade da gestão do cuidado individual e coletivo.

Os dados que possuem registro de rotina na Unidade de saúde alcançaram 80,5% do padrão esperado, sendo eles: número de consultas médicas (100%); número de consultas de enfermagem (100%); número de atendimentos odontológicos (100%); número de grupos realizados (100%); número de visitas domiciliares (100%); número de consultas por faixa etária (94%); número de vacinas realizadas (94%); número de atendimentos não agendados (78%); faltas em atendimentos agendados (61%); e primeiro atendimento no ano por usuário (33%).

A forma de utilização destes dados da produção assistencial das unidades também foi avaliada obtendo 66,5% do padrão esperado, em que 67% dos serviços referiram utilizá-los para orientar e planejar as ações de saúde, porém 33% afirmaram que os dados são disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal.

Apesar da maioria das Unidades terem alcançado o padrão de qualidade adotado (67%), percebe-se que outras (33%) ainda não utilizam estes dados da forma apropriada para discussões em equipe. Estes resultados nos remete à reflexão sobre a importância de todas as Unidades de Saúde estudadas estarem capacitadas e sensibilizadas para que os dados da produção assistencial sejam checados e analisados pelos profissionais de saúde e não somente serem entregues para a gestão municipal, visto que a análise destes dados pelos profissionais da ponta se torna essencial no sentido de aprimorar a construção de indicadores e nortear com mais eficácia e eficiência a alocação de recursos na tentativa de solucionar, minimizar ou evitar eventuais problemas, de forma a auxiliar as equipes em seus processos de trabalho (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

Para isso, é importante destacar a necessidade do registro de todos os dados de rotina que alimentam os sistemas de informação implantados na APS, visto que estes mantêm-se como um parâmetro importante para o gestor conduzir a organização de ações de monitoramento, planejamento e avaliação das ações.

O planejamento local realizado pela Unidade alcançou 78% do padrão esperado, em que os serviços estudados o fazem com base em: dados epidemiológicos da população da área da abrangência da unidade (94%); dados assistenciais da própria unidade (89%); levantamentos específicos realizados pela própria unidade (89%); discussões com o conjunto dos profissionais do serviço (89%); dados epidemiológicos da população do município (67%); e discussões com a participação dos usuários (39%).

Vale destacar a baixa porcentagem relacionada às discussões com a participação dos usuários nas Unidades de Saúde, sendo assim importante enfatizar que a participação dos usuários no processo de planejamento em conjunto com os trabalhadores da unidade qualifica o processo de modo diferencial, visto que permite garantir o empoderamento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, de forma a produzir mudanças sociais que refletem diretamente no modo de adquirir responsabilidade e autonomia na condução do seu próprio processo de saúde e adoecimento. Porém, outros estudos também compartilham de resultados semelhantes ao deste sobre a deficiência da gestão participativa (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014; HOPPE *et al.*, 2017).

Assim, a participação da comunidade nos espaços decisórios de saúde deve ser garantido, conforme o MS ressalta a Política Nacional de Humanização (PNH) para valorizar e garantir a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde no processo de gestão, à ampliação da autonomia, ao protagonismo, à corresponsabilidade e ao estabelecimento de vínculos solidários (BRASIL, 2009a).

Nesse contexto, as Unidades de Saúde de Sobral estudadas devem refletir a gestão participativa como uma ferramenta de importância para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, de forma a contribuir para que o atendimento seja mais eficaz/efetivo e motivador para o trabalhador

O indicador relacionado às avaliações em saúde realizadas na Unidade obteve 86% do padrão esperado, em que estas tiveram como desdobramento principal: planejamento e reorganização da assistência da unidade com participação do conjunto de profissionais (94%); relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde (72%); plano anual de trabalho definido pela gestão municipal (72%); e reorganização das estratégias de gerenciamento local (61%).

Entende-se que a avaliação para gestão dos serviços de saúde tem um compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população por meio do desenvolvimento de processos avaliativos participativos, de forma a contribuir para a obtenção de resultados concretos na saúde dos usuários e subsidiar o processo de tomada de decisão. Porém, estudos afirmam que a dinâmica e demanda dos serviços de saúde dificultam a realização de avaliações em função da necessidade de se tomar decisões no momento em que os problemas acontecem ou são identificados, sendo importante assim, que a avaliação e o planejamento das ações se torne uma ação permanente na prática dos serviços (SILVA *et al.*, 2015; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Características do processo gerencial

Tabela 11 - Indicadores de qualidade quanto às Características do Processo Gerencial da APS do município de Sobral, CE, 2019

Características do Processo Gerencial		
Número da Questão (Q) – Indicador correspondente	Média	Porcentagem
Q85 Principais assuntos das Reuniões de Equipe	1,39	69,5%
Q84 Periodicidade das Reuniões de Equipe	1,33	66,5%
Q88 Encaminhamento das Reclamações de Usuários	1,11	55,5%
Q87 Principais Estratégias para Participação Popular	0,94	47%

Fonte: Própria Pesquisa

O indicador relacionado à periodicidade das reuniões de equipe obteve 69,5% do padrão esperado, em que 28% das Unidades de Saúde referiram realizá-las de forma semanal; 6% quinzenal e 67% mensal. Entende-se que as reuniões de equipe são consideradas momentos fundamentais para discutir coletivamente a problemática do trabalho e definir as ações e

intervenções a serem realizadas na Unidade, de forma a promover a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas em cada comunidade.

A partir disso, recomenda-se que as reuniões de equipe ocorram preferencialmente com intervalos semanais, como condição básica para o fortalecimento do trabalho em equipe. Admite-se, como padrão intermediário de qualidade, a ocorrência de reuniões quinzenais, fazendo-se importante assim, refletir sobre a efetividade da periodicidade das reuniões das Unidades de Saúde estudadas.

É importante destacar que em 2001 a secretaria de saúde do município estudado implantou o Método da Roda ou Paidéia como o novo modelo de gerenciamento e gestão da rede pública, instituindo dois colegiados organizativos: as reuniões semanais de gerentes dos CSF, com a Coordenação da Atenção Básica; e as Rodas dos CSF, também semanais, as quais ocorriam simultaneamente em todas as unidades de saúde, com a obrigatoriedade de participação de todos os trabalhadores.

Porém, um estudo realizado em Sobral constatou que este modelo de cogestão, por meio das Rodas, não propiciou mudanças no modelo tradicional, da forma como ele foi implantado. Em Sobral, continuou imperando a lógica taylorista, em que as decisões vêm do nível central da gestão, da Secretaria da Saúde e/ou de outras instituições parceiras da prefeitura para serem implementadas pelos profissionais. Isso provocou a institucionalização de uma rotina na qual a essência do método não foi vitalizada nem defendida, sem ter alguém que queira reconstruí-la. Com o passar do tempo, as reuniões se tornaram um espaço burocrático, até a decisão de abolir este modelo no município (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016).

Quanto aos principais assuntos das reuniões de equipe, este indicador alcançou 69,5%, em que se destacaram: avaliação e planejamento das atividades (94%); organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações (89%); informes (83%); rotinas administrativas (83%); elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local (78%); elaboração de propostas terapêuticas singulares (50%); discussão de casos (50%); conflitos interpessoais (50%); propostas terapêuticas de autocuidado dos profissionais (50%); e escala de pessoal (33%).

Assim, cabe ao gerente promover reuniões de equipe que favoreçam o diálogo e ação conjunta dos diferentes profissionais na busca pela oferta de melhores soluções para as demandas do território, mas também para o cuidado para os próprios profissionais, em que é possível reconhecer as necessidades da equipe. Além da abordagem de rotinas, informes e fluxos assistenciais se faz essencial inserir as discussões de casos importantes para articulação

com o conjunto de profissionais, além de discussão periódica de ações de planejamento e avaliação para a melhoria das práticas de saúde.

O indicador relacionado ao encaminhamento das reclamações de usuários obteve 55,5%, em que as mesmas são realizadas por meio de: sistema de ouvidoria da secretaria municipal de saúde (100%); diretamente à direção local da unidade (89%); caixa ou livro de sugestões e reclamações (67%); linha telefônica municipal específica para sugestões e reclamações (55%); site da internet (39%); diretamente com o nível central (33%); e Conselho Municipal de Saúde (28%).

Assim, valoriza-se a existência de mecanismos de encaminhamento de reclamações dos usuários que permitam verificação e respostas criteriosas e emitidas com brevidade, devendo ser ampla e de fácil acesso, com a utilização de diferentes formas de captação e escuta de queixas e sugestões.

Vale destacar que um estudo realizado por regiões do Brasil, com o objetivo de identificar os principais fatores que influenciam na satisfação do usuário com os serviços de Atenção Básica, confirmou, em seus resultados, que a possibilidade de fazer reclamações foi identificado como fator essencial para a satisfação do usuário, além de ser uma estratégia contribuinte para o processo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades e que, conseqüentemente, auxilia no planejamento e na tomada de decisões para a melhoria da qualidade dos serviços (PROTASIO *et al.*, 2017).

Já o indicador referente às principais estratégias para participação popular na gestão da unidade alcançou apenas 47% do padrão esperado, em que foi utilizado: ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade (78%); promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade (56%); reuniões periódicas do Conselho Local de Saúde (56%); incentivo à participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (39%); ampla divulgação do papel do Conselho Local de Saúde (39%); cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários (28%); e realização de pré conferências à conferência municipal de saúde (22%).

O controle social é uma das formas pelas quais os cidadãos garantem participação nas decisões que influenciam as políticas públicas e esta participação deve ser garantida, visto que está prevista na Constituição de 1988, e foi definida e regulamentada por leis e decretos, que definem a organização e atribuições dos Conselhos (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) (BRASIL, 2009b).

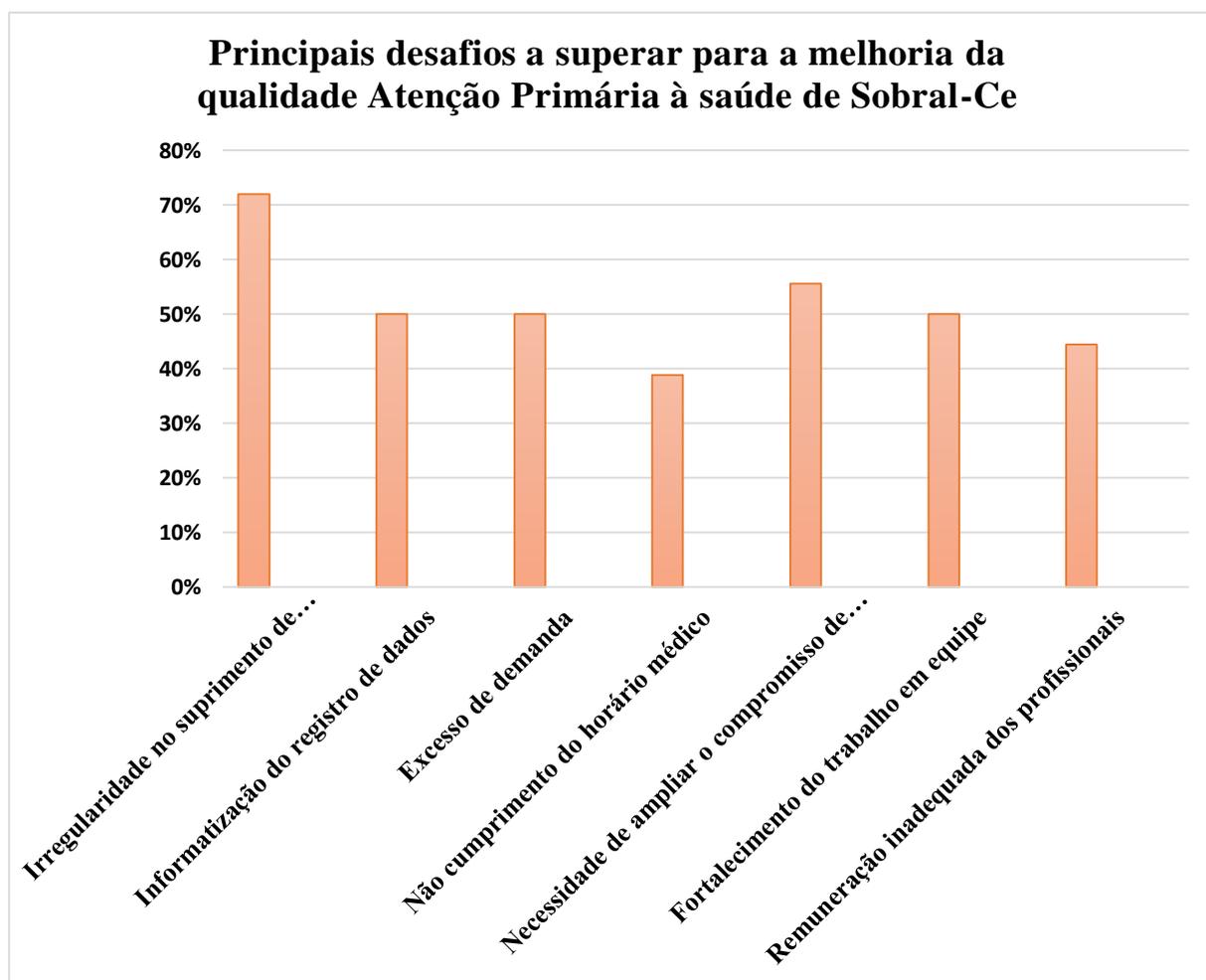
Porém, estudos mostram que o usuário tem pouca participação ativa nos processos decisórios para as práticas de saúde e associam este fato ao desinteresse, falta de conhecimento

e empoderamento da própria população para entender que esta inserção em espaços coletivos, entendida como uma possibilidade de aproximar a população do gestor para prestar contas e conhecer a opinião da população acerca dos serviços, têm um grande poder para contribuir e fornecer sugestões aos encaminhamentos das políticas de saúde (SILVA *et al.*, 2015; FERRETTI *et al.*, 2016).

A partir dos achados deste estudo e de outros encontrados na literatura, entende-se que há a necessidade de criar estratégias para capacitar os conselheiros, democratizar as informações, promover a troca de experiências e discussão dos limites e possibilidades da representação. Para isto é preciso ativar o processo de educação permanente junto aos Conselheiros de Saúde, possibilitando reflexões sobre temas relevantes que contribuirão para o melhor entendimento de suas atribuições na gestão do controle social do SUS. Além disso, a gestão também precisa entender, acreditar e valorizar a participação popular no planejamento, avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde (GOMES *et al.*, 2018).

A ampla utilização da abordagem de Donabedian em estudos sobre a APS foi acompanhada de novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços básicos e, apesar de serem constatados avanços inegáveis na saúde da população nos últimos anos, muitos desafios ainda persistem. Pensando nisso, julgou-se importante compreender, na percepção dos gerentes e da equipe de saúde da família, os principais desafios a superar para melhoria da qualidade da APS no município de Sobral, Ceará, conforme mostra o gráfico 4.

Gráfico 4 – Principais desafios a superar para a melhoria da qualidade da atenção à saúde no nível primário do município de Sobral, Ceará, 2019



Fonte: Própria Pesquisa

A partir da análise do gráfico 4, verificou-se que um dos maiores desafios a superar está relacionado à irregularidade no suprimento de medicamentos (72%), seguido da necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe (56%); informatização do registro de dados (50%); excesso de demanda (50%); fortalecimento do trabalho em equipe (50%); remuneração inadequada dos profissionais (44%); e o não cumprimento do horário médico (39%).

Diante destes resultados encontrados é possível afirmar que os desafios mencionados neste estudo é uma realidade em outras regiões do Brasil, conforme mostra a pesquisa de Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) e, apesar destes desafios serem recorrentes, os autores consideram que as iniciativas já existentes que visam a enfrentar os desafios e qualificar a atenção do nível primário devem ser fortalecidas e outras devem ser desenvolvidas ou estimuladas com base na realidade local.

Infelizmente, o que se percebe é que os efeitos da restrição orçamentária do SUS afeta, substancialmente, o abastecimento adequado de insumos básicos, como os medicamentos

essenciais para a população. Esta precarização pode resultar em aumento da ocorrência de problemas de saúde. Estudiosos acreditam que, ao priorizar o interesse econômico e mercantil na saúde, o País coloca em risco a qualidade dos serviços para o atendimento integral das necessidades de saúde da população, com repercussões negativas no desempenho da ESF e na organização da rede básica de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Um fator essencial para a qualificação da assistência da ESF é o aprimoramento das tecnologias de informação e comunicação úteis às equipes e gestores, entendendo que os esforços de reestruturação do sistema só serão completos e efetivos com o envolvimento real dos gestores, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores do SUS na implantação, na utilização e no aprimoramento destas tecnologias. Um estudo mostra que a reestruturação dos sistemas de saúde em João Pessoa junto ao e-SUS AB está avançada e, embora seja algo novo, já mostrou benefícios no processo de trabalho dos profissionais envolvidos, principalmente na diminuição da quantidade de impressos utilizados nos registros de atendimentos e procedimentos realizados por cada um (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Importante salientar que o resultado do estudo mencionado anteriormente pode impulsionar e acelerar a incorporação destas tecnologias no município de Sobral para potencializar a melhoria do cuidado do nível primário de atenção, no sentido de gerar informações precisas, agilizar e organizar o processo de trabalho das equipes, além de gerar redução de custos para a gestão local.

A forma de remuneração dos profissionais também pode ter implicação no modo como desempenham suas atividades, uma vez que a baixa remuneração, vínculos empregatícios frágeis e precários contribuem diretamente para a desmotivação dos profissionais em seus processos de trabalho para alcançar a melhoria da qualidade da assistência na APS (VIEIRA *et al.*, 2017).

Um estudo mostra que os melhores resultados de desempenho das equipes de saúde provêm de uma combinação de diferentes modos de remuneração, geralmente com uma parte fixa maior (em torno de 60 a 70% do total) e uma parte variável (restante), a qual pode estar relacionada com a avaliação dos resultados individuais, avaliação da comunidade e da Unidade de Saúde. Assim, o acréscimo de um recurso financeiro ao salário dos funcionários é uma forma de estimular e mobilizar os profissionais de saúde no sentido de atingir as metas e lutar para alcançar resultados satisfatórios nos indicadores de saúde para a melhoria da qualidade da APS (POLI NETO *et al.*, 2016).

Outro desafio relevante posto neste estudo é o não cumprimento do horário médico na ESF, sendo esta dificuldade também referida em outro estudo que discute os limites e as

potencialidades da gestão do trabalho na ESF. Os gestores não conseguem realizar a gestão do trabalho médico, com controle de horário e produtividade, visto que a categoria impõe à gestão dos municípios e estados um controle de barganha aliado à baixa disponibilidade de profissionais e à alta rotatividade que dificulta a fixação do médico. Assim, autores afirmam que será necessária a implementação de novas “regras do jogo”, construídas em bases dialógicas e negociadas pelos atores, mas que poderão ser produtoras de grandes embates entre gestores e médicos, visto que poderão requerer a reorganização do trabalho dos últimos, com observância de princípios legais, como o cumprimento da carga horária requerida (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Frente ao conhecimento acumulado no decorrer deste estudo e aos desafios discriminados aqui entende-se que estes merecem ser estudados e trabalhados com maior afinco pela gestão local, visto que são aspectos relevantes e essenciais para o aprimoramento da área da gestão do trabalho para a fixação e valorização dos profissionais da ESF e, por consequência, para a consolidação e melhoria dos serviços de saúde oferecidos pelo sistema nacional público.

5.3 Percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre o processo avaliativo e os possíveis impactos provocados na equipe de saúde da família decorrentes deste processo

Para análise desta categoria, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete gerentes dos CSF pertencentes à zona urbana do município de Sobral, Ceará, as quais foram realizadas no próprio ambiente e horário de trabalho, por opção dos entrevistados, sem intercorrências no agendamento das datas. Com vistas a responder ao problema e aos objetivos da pesquisa, os referidos dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise categorial, conforme Bardin (2011) e com o suporte do *Software N Vivo 11*.

A partir do processo de codificação das entrevistas transcritas foram identificadas as categorias iniciais, também denominadas de nós, as quais se configuram como as primeiras impressões acerca das percepções dos gerentes das Unidades de Saúde sobre o processo avaliativo e os possíveis impactos na equipe decorrentes deste processo, em que resultou um total de seis categorias (Quadro 1). Cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados.

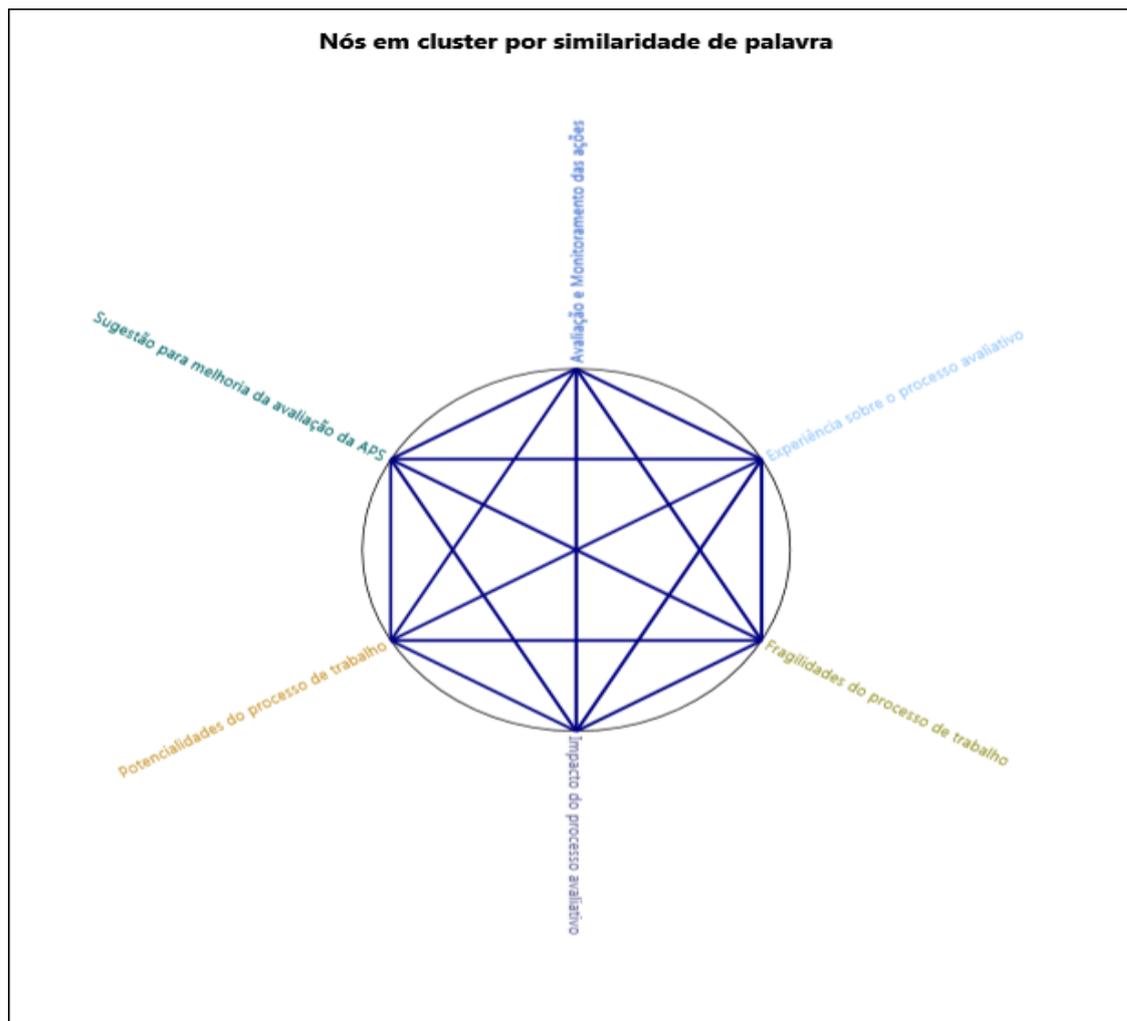
Quadro 1 - Categorias Iniciais referentes às percepções dos gerentes das Unidades de Saúde sobre o processo avaliativo, Sobral, Ceará, Brasil, 2019

Categorias/Nós	Número de Fontes (Documentos)	Número de Referências de Codificação	Número de Palavras Codificadas	Número de parágrafos Codificados
Avaliação e Monitoramento das ações	7	30	1663	31
Experiência sobre o processo avaliativo	7	19	810	19
Fragilidades do Processo de trabalho	7	21	1121	21
Potencialidades do Processo de trabalho	7	10	416	10
Impacto do Processo avaliativo	7	18	691	18
Sugestão para melhoria da Avaliação da APS	6	16	661	16

Fonte: Própria Pesquisa

As categorias iniciais foram analisadas por meio de operações estatísticas para promover uma validação que garantisse a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Dessa forma, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson para executar a análise de cluster e assim gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais caso tenham muitas palavras em comum. Este resultado pode ser visualizado no dendograma apresentado na figura 3.

Figura 3 - Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Própria Pesquisa

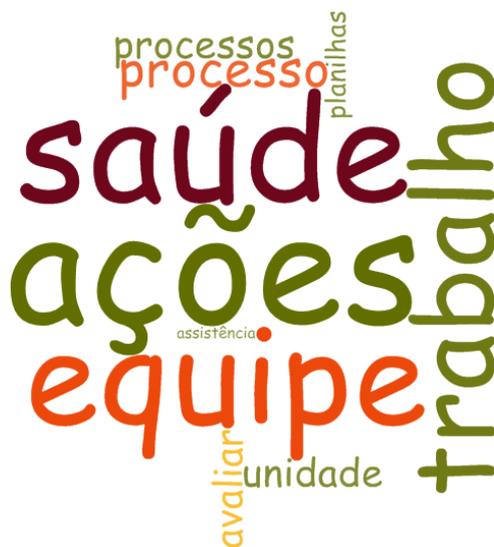
A partir disso, identifica-se similaridade de palavras nas categorias, as quais geram redes de relações entre elas. Ao refletir a similaridade de codificação entre as categorias iniciais, foi possível analisar e construir as categorias finais, a saber: “O processo avaliativo: reflexões sobre a experiência e o impacto na equipe de saúde da família”; “Potencialidades e fragilidades no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde” e “Processo de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde”. Importante salientar que as falas foram identificadas como sendo do Gerente 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 para a preservação do anonimato.

5.3.1 O processo avaliativo: reflexões sobre a experiência e o impacto na equipe de saúde da família

Outra ferramenta do *Software N Vivo 11* bastante utilizada para análise dos dados é a nuvem de palavras, a qual foi construída a partir da organização das entrevistas em pastas dentro

do *software*, resultante de palavras mais frequentes que aparecem nas entrevistas. Assim, a figura 4 traz a nuvem de palavras formada a partir da organização das falas relacionadas à pergunta sobre a experiência em participar do processo avaliativo e o impacto causado na equipe de saúde da família decorrente desse processo.

Figura 4 – Nuvem de palavras relacionada à experiência em participar do processo avaliativo e o impacto causado na equipe de saúde da família decorrente desse processo, Sobral, Ceará, Brasil, 2019



Fonte: Própria Pesquisa

Dessa maneira, observa-se que as palavras mais frequentes remetem ao contexto sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na APS, como: ações, equipe, saúde, trabalho, unidade, avaliar, processo, assistência e planilhas.

A partir da análise das entrevistas sobre o processo avaliativo com o instrumento QualiAB, os participantes relataram ter sido uma experiência cansativa e longa pela extensão do questionário, porém muito interessante por ter sido um momento de maior aproximação da assistência dos outros profissionais de saúde de todas as categorias, conforme descrito nas falas a seguir.

Foi cansativo por ser muito extenso, porém a parte positiva foi poder dividir esse processo com os outros profissionais de saúde pra conhecer melhor o processo de trabalho deles (Gerente 1).

Esse processo funcionou como um alerta pra mim e pras equipes de saúde pra algumas situações no sentido de conseguir visualizar algumas deficiências do meu serviço e automaticamente refletir e pensar estratégias pra melhorar a assistência da minha Unidade (Gerente 5).

Pra mim foi bom participar pra evidenciar falhas, fragilidades do nosso processo de trabalho que podemos tá sempre buscando melhorar, apesar

de ter sido um processo muito longo e que demandou muito tempo meu e da equipe (Gerente 3).

Importante ressaltar a dificuldade que um dos gerentes relatou em reunir e sensibilizar a equipe para dar início ao processo avaliativo, em virtude da rotina atribulada dos profissionais atuantes na ESF e, por isso, nem todos conseguiram participar ativamente deste processo.

Confesso que demoramos para responder o questionário por ter sido bem difícil pedir a equipe um tempo para dedicar à esta avaliação. Sempre um ou outro tinha uma agenda que nos impossibilitava de prosseguir juntos na avaliação. Então, as vezes eu ia até o profissional para confirmar uma informação ou outra (gerente 7).

A partir destas falas é possível evidenciar a dificuldade que o gerente enfrenta para ter um momento de reflexão e avaliação dos processos de trabalho das equipes, a qual, muitas vezes, é ocasionada pela grande demanda gerencial e assistencial dos profissionais de saúde.

Este posicionamento corrobora com o que vem sendo exposto na literatura científica, em que autores revelam que ainda há ausência de uma cultura de avaliação e sensibilização por parte dos profissionais de saúde e gerentes para os processos avaliativos. No entanto, se faz importante despertar a reflexão crítica sobre as contribuições que estes propiciam para a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, sendo essencial priorizar a avaliação como prática diária para caminharmos para institucionalização da prática avaliativa nas Unidades de Saúde (NICKEL *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que a avaliação para a gestão de serviços de saúde deve privilegiar a construção de um processo avaliativo onde todos aqueles que participam ou que serão afetados pelas ações desencadeadas pela tomada e implementação da decisão, tornem-se partícipes e interessados pelos resultados da avaliação. Esse interesse será a garantia do uso da avaliação na gestão dos serviços de saúde que, para evitar distorções, isenção e aceitação deve ser participativo, democrático e não hierarquizado.

De forma unânime, os entrevistados relataram que o processo avaliativo impactou e contribuiu positivamente pela oportunidade de identificação das principais fragilidades decorrentes do processo de trabalho e reflexão sobre a necessidade de realizar um planejamento consciente e participativo com a equipe de saúde da família, a partir das reais necessidades da comunidade, as quais puderam ser levantadas pelo processo avaliativo.

Teve um impacto positivo no sentido da gente poder planejar e pensar intervenções pra uma maior efetividade daquilo que ainda não está adequado, além de conseguir encontrar ou identificar certos aspectos

que podemos fortalecer enquanto equipe para sempre estar buscando excelência na nossa assistência à saúde (Gerente 2).

Como nossa área de abrangência é muito comercial, nós temos a potencialidade de trabalhar a saúde do trabalhador, mas ao responder o questionário, podemos perceber que as ações que seriam ideais de serem trabalhadas não estão sendo, e isso serve como uma reflexão tanto da gerência como da equipe de saúde, para que a gente possa buscar estratégias de estar melhorando nossa abordagem para conseguirmos, de fato, executar as ações importantes na comunidade (Gerente 1).

Acredito que os profissionais também tiveram um impacto no sentido de conseguirem visualizar melhor algum dado/aspecto que não está legal na sua equipe e que precisa ser melhor planejado e melhorado. Consegui perceber isso quando, durante o processo avaliativo, um deles falou “mês passados conseguimos executar essa ação com sucesso, mas nesse não.. então pro mês que vem já fica essa meta a ser alcançada” (Gerente 4).

A partir disso, percebe-se que a avaliação é percebida tanto pelos gerentes, como pelos profissionais de saúde, como fator essencial para suscitar mudanças e provocar melhorias nos processos de trabalho.

Apesar do reconhecimento da importância da avaliação pelos gerentes deste estudo, a literatura científica mostra que esta ferramenta gerencial ainda é pouco incorporada às práticas profissionais, sendo necessária uma participação mais efetiva das esferas Estadual e Federal, com atuação estratégica em questões de gestão do trabalho no SUS, como formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação gerencial (CARVALHO *et al.*, 2014).

5.3.2 Potencialidades e fragilidades no processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde

Utilizando novamente a ferramenta nuvem de palavras para esta categoria, observa-se que as palavras mais frequentes remetem ao contexto sobre o potencial e o ponto fraco do processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, sendo elas: saúde, profissionais, unidade, fragilidade, potencialidade, equipe, trabalho, atenção, processo e assistência, conforme mostra a figura 5.

Figura 5 - Nuvem de palavras relacionada às potencialidades e fragilidades no processo de trabalho nas Unidades de Saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2019



Fonte: Própria Pesquisa

A partir da análise das entrevistas quanto às potencialidades, chama atenção o fato de todos os gerentes terem relatado o envolvimento, engajamento e implicação dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho, no sentido de estarem comprometidos à prestar uma assistência de qualidade à população.

Como potencialidade, eu vejo que o nosso trabalho de equipe realmente funciona, uma vez que as demandas são atendidas e muito do que nos é proposto é alcançado graças ao desempenho desse trabalho em equipe da Unidade (Gerente 1).

Como um ponto forte, consigo pontuar os profissionais de saúde, que conseguem fortalecer o cuidado, traçar planos de cuidados eficientes, ofertar uma assistência de forma integral aos nossos usuários e trabalhar em conjunto. Porém, reconheço que uma certa categoria, dentista, tem maior dificuldade em se envolver com o trabalho interdisciplinar (Gerente 3).

Como potencialidade maior que eu considero da minha unidade é a implicação e envolvimento dos funcionários que aqui trabalham, desde o vigia, auxiliar de serviços gerais até os próprios profissionais de saúde pra resolver as demandas que chegam (Gerente 4).

Uma potencialidade é o fato de nós termos uma equipe muito engajada, comprometida, responsável, atenta às necessidades de saúde da população e isso ajuda muito porque enfim precisamos de profissionais assim na atenção básica e na saúde pública como um todo (Gerente 6).

O trabalho em equipe, no sentido de humanizar o serviço, favorece o traspasar de diferentes ações e instâncias, tornando o atendimento mais compromissado com a democratização das relações de trabalho, valorização dos profissionais de saúde e consequente satisfação do usuário pela continuidade do atendimento (SANTOS *et al.*, 2016).

Porém, percebe-se, em uma das falas, a dificuldade do dentista em integrar a equipe de saúde da família de forma efetiva, no sentido de compartilhar os processos de trabalho e atuar em conjunto com os demais profissionais da ESF.

Autores corroboram com este achado e afirmam que o cirurgião dentista ainda é considerado um profissional que atua de forma isolada na ESF, prejudicando o trabalho em equipe e restringindo sua atuação ao consultório. Assim, há a necessidade de maior compromisso destes profissionais com os princípios da integralidade e interdisciplinaridade, um dos principais percalços para a atenção primária, já que a não incorporação de ações em conjunto resulta em uma assistência em saúde fragmentada, centrada na doença e não no indivíduo (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Outra potencialidade pontuada por um dos gerentes está relacionada ao apoio da Rede de Atenção à Saúde do município, de acordo com a fala a seguir.

Uma potencialidade da minha Unidade Básica de Saúde é quanto às relações do processo organizacional e de relação entre encaminhamentos. Ou seja, a gente consegue ter uma rede de apoio de encaminhamentos bem fortalecida para a atenção especializada (Gerente 6).

O que se percebe é que mesmo em um contexto histórico-estrutural desfavorável, como é o caso do Ceará, o estado ainda apresenta ganhos no sentido de conseguir avançar no processo de regionalização, de forma a interferir positivamente no acesso às ações de serviços de saúde.

Vale salientar que para a conformação das redes de atenção, tem-se o protagonismo da atenção básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, utilizando o acolhimento, ampliação do acesso, integralidade da atenção, implantação de diretrizes clínicas, vinculação e identificação de risco (VIANA *et al.*, 2018).

Apesar de ser reconhecida e pontuada a potencialidade da articulação da APS com a RAS de Sobral, percebe-se que ainda assim, são encontrados problemas relacionados à alta demanda e consequente tempo de espera elevado para consultas e exames pelos usuários do sistema de saúde local. A percepção deste gerente vai ao encontro dos achados deste estudo relacionados ao questionário QualiAB.

O ponto negativo é que a demanda é muito alta. Temos um acúmulo de encaminhamentos. São inúmeros exames caros solicitados, consulta médica e, as vezes, a própria rede de apoio não consegue dar conta. Então precisamos avaliar a quantidade dessas solicitações e ver se realmente são necessárias. Por causa disso, ficam pacientes aguardando vaga por um tempo considerável e a gente aqui fica de mãos atadas.

Então acho que essa avaliação é necessária pra tentar sanar essa dificuldade (Gerente 6).

Corroborando com a fala do entrevistado, Starfield (2002) defende que o desafio para a qualificação da coordenação da atenção depende do conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações envolvidas com os encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem essas informações.

Ainda no contexto da articulação da APS com a RAS, percebeu-se a fragilidade do processo de contrarreferência, em que, muitas vezes, a comunicação acaba ocorrendo de forma unidirecional, prejudicando o acompanhamento contínuo do usuário e a integração entre os serviços de saúde.

Como fragilidade, eu consigo perceber alguns processos que já deveriam estar bem estabilizados, porém ainda são realizados com algumas deficiências, por exemplo, o processo de contrarreferência, que inclusive no questionário tinha essa questão. Nós conseguimos fazer isso muito bem com a rede de saúde materna e mental, em que o processo de matriciamento é muito bem estruturado e organizado aqui, porém com as outras redes é difícil. A gente ainda tem um pouco de dificuldade de efetivar o princípio da longitudinalidade da atenção justamente por essa deficiência na contrarreferência que nos impede ou dificulta de acompanhar o paciente mesmo depois de ele ter sido atendido na atenção especializada ou em outros serviços (Gerente 6).

Este achado também foi encontrado em outro estudo realizado em Sobral, em que autores afirmam que a comunicação entre os profissionais é essencial para que cada membro da equipe de Saúde da Família possa exercer sua função de coordenador do cuidado e garantir a continuidade do contato, sendo importante reconhecer que a lacuna da contrarreferência no município existe e necessitam ser estudadas estratégias de como melhorá-la para a efetivação da longitudinalidade do cuidado (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Outras pesquisas também evidenciam essa fragilidade, sendo relevante compartilhar esses registros para provocar reflexão e sensibilizar os profissionais de saúde que integram o sistema de saúde local para que tenham conhecimento dos problemas enfrentados decorrentes de falhas na articulação e comunicação entre APS e RAS (BRONDANI *et al.*, 2016; PROTASIO *et al.*, 2014).

Outra fragilidade relacionada ao processo de trabalho na APS destacada na maioria das entrevistas esteve direcionada ao trabalho burocrático do gerente, o qual demanda muito tempo e prejudica as relações com profissionais e usuários.

Percebo que nós ficamos muito presos à burocracia e isso nos faz distanciar um pouco da equipe de saúde e até mesmo da população. Nós

temos inúmeras metas a cumprir, inúmeras planilhas a preencher que nem sempre são de fácil alimentação (Gerente 1).

A fragilidade que eu acho é em relação à burocratização do nosso trabalho. Muitas coisas ainda são muito emperrados por conta da burocracia em si e isso acaba demandando muito tempo, sendo um grande entrave pra nós. Acho que a gente conseguiria fazer mais coisas, prestar uma assistência de maior qualidade se não ficasse tão preso à essa burocracia. Reconheço que esses processos são importantes e precisam existir, mas o que eu coloco aqui é que elas precisam ser minimizadas (Gerente 4).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro encontrou resultados semelhantes ao deste, em que os autores afirmam que a utilização da burocracia deveria servir apenas para garantir a racionalidade da organização no sentido de estabelecer a adequação dos meios aos fins pretendidos para assegurar a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos. No entanto, o que se percebe no estudo mencionado e neste em questão é que a gerência tem sido reduzida à burocracia, o que tem tornado mecânica esta dimensão do processo de trabalho (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

Outro estudo mostra que o excesso de burocracia gerencial gera insatisfação entre profissionais da ESF. O grande problema não consiste necessariamente nas normas e regras, que precisam ser respeitadas nas ESF, mas na sua rigidez temporal, na sua inadequação à realidade e na implementação abusiva das mesmas. Assim, o estudo mencionado reforça a necessidade de qualificar o desenvolvimento de ações administrativas com foco na eficiência e eficácia, de forma a reduzir a burocratização (SORATTO *et al.*, 2017).

Contemplando esse contexto, um dos gerentes mencionou a falta de recursos humanos e alta demanda assistencial também como um entrave na prestação de uma assistência de qualidade no nível primário de atenção, conforme pode ser observado na fala a seguir.

Como fragilidade, acho que é ainda a questão dos poucos recursos humanos. A nossa demanda aqui é muito alta, todos os profissionais sempre estão com as agendas lotadas e isso dificulta até a flexibilidade pra pensar outras questões, desenvolver ações de educação em saúde fora da Unidade, em grupos, campanhas, ou algo que a secretaria vai solicitando. Precisamos de maior tranquilidade pra conseguirmos planejar melhor nossas atividades, em seguida avaliar e monitorar o que desenvolvemos aqui (Gerente 7).

Este aspecto é considerado em outro estudo fonte de insatisfação e aumento das cargas de trabalho na ESF, levando ao desgaste dos trabalhadores. Dessa forma, se faz importante destacar que a viabilidade de uma proposta inovadora, como a da ESF, depende de condições

de trabalho, incluindo equipes em quantidade e qualidade; salários justos e jornada de trabalho adequada; educação permanente; organização do trabalho e modelo gerencial mais horizontal e participativo; instrumentos de trabalhos em quantidade e qualidade, de modo a propiciar cuidados resolutivos e seguros para usuários e profissionais (LIMA *et al.*, 2014).

Outra fragilidade, na percepção do gerente da ESF, esteve relacionada à falta de transporte disponível na Unidade de Saúde, o que corrobora com os achados visualizados pelas respostas do questionário neste estudo.

Aqui nós não temos um transporte que nos dê suporte pra resolver coisas a mais aqui na Unidade. Então, muitas vezes nós ficamos de mãos atadas porque não conseguimos nos locomover com agilidade, encaminhar um paciente, e, às vezes, precisamos fazer isso em nosso carro próprio (Gerente 3).

Conforme já discutido anteriormente, a ausência de transporte na Unidade prejudica a resolutividade do problema e a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde, sendo essencial que as Unidades de Saúde disponham de transportes adequados para garantir o atendimento integral, segurança às pessoas e suprir a demanda gerencial.

5.3.3 Processo de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde

De acordo com as entrevistas, a nuvem de palavras formada para esta categoria analítica considerou as seguintes palavras mais repetidas, sendo elas: saúde, trabalho, ações, avaliar, processo, planilhas, unidade, processo, equipe e assistência, conforme mostra a figura 6.

Figura 6 - Nuvem de palavras relacionada ao processo de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas Unidades de Saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2019



Fonte: Própria Pesquisa

Quando indagados sobre o processo de avaliação e monitoramento das ações realizadas nas Unidades de Saúde, todos os entrevistados relacionaram este aspecto ao preenchimento de relatórios e planilhas semanais e mensais, as quais fornecem parâmetro de como está o desempenho de cada Unidade.

Todos os indicadores de saúde da atenção básica estão nivelados em planilhas, e essas planilhas são preenchidas semanalmente e mensalmente que é onde conseguimos mensurar nossos dados (Gerente 2).

Temos as várias planilhas de praticamente todos os eixos da APS que nos dá esse suporte de acompanhamento do que está sendo realizado na unidade. Então a gente consegue acompanhar, monitorar e avaliar nosso processo de trabalho pra saber se conseguimos atingir nossas metas e em que precisamos focar mais pra melhorar nossa assistência (Gerente 6).

Temos também o plano anual de gestão que é alimentado mensalmente pelos gerentes da atenção básica e o relatório mensal de gestão que nós acompanhamos alguns indicadores/metras que o município tem que alcançar. Ele também avalia os avanços que a equipe está tendo ou até mesmo as dificuldades, e aí podemos refletir para melhorar aquele determinado aspecto (Gerente 7).

Entende-se por indicadores de saúde aquelas medidas, taxas e razões elaboradas a partir de dados coletados no cotidiano de trabalho, cujo objetivo é sintetizar o efeito dos diferentes determinantes sobre a saúde de uma população. Estes devem funcionar como uma bússola orientando a trajetória dos serviços, a fim de melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida. Dessa forma, necessitam estar conectados a uma meta, sem a qual perdem o sentido, uma vez que só são úteis quando se sabe o que almeja-se alcançar (PAES *et al.*, 2015).

Autores corroboram quando afirmam que estes indicadores inseridos nos sistemas de informação são utilizados como um mecanismo de gestão em instituições públicas, visto que possibilita programar ações para alcançar os objetivos determinados pela equipe de saúde. Isso envolve raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos, necessitando da participação de todos os profissionais, de modo a contribuírem com sua experiência e olhar diferenciado para a situação de saúde da população (SENNA; ANDRADE, 2015).

Apesar destes indicadores serem percebidos de forma positiva como uma possibilidade para o planejamento em saúde, percebeu-se dificuldades relatadas por alguns gerentes no preenchimento das planilhas, causando discrepância entre os dados de uma Unidade pra outra, e surgindo até mesmo como sugestão, no sentido de diminuir a quantidade e facilitar a

alimentação, a fim de melhorar e qualificar o processo do trabalho gerencial, como já visto e mencionado anteriormente.

Infelizmente o preenchimento dessas planilhas nos demanda muito tempo e, muitas vezes, acaba se tornando complexo, onde as informações acabam sendo muito diferentes de uma unidade pra outra (Gerente 3).

Percebo que há uma certa dificuldade dos gerentes nesse processo de preenchimento por serem complexas e muitas vezes de difícil compreensão. Uns preenchem de um jeito, outros de outro totalmente diferente. Então é necessário simplificar, deixar mais claro e facilitar esse processo para que realmente possamos produzir de forma que nos permita visualizar a situação de cada unidade de saúde e que nos dê espaço para atuarmos de forma mais próxima da assistência, dos profissionais de saúde e principalmente do usuário (Gerente 4)

Acho que o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ainda possui muitas fragilidades. Ainda tem muitas inconsistências no preenchimento. As vezes os números não batem, e sempre fico batendo nessa tecla sobre o correto preenchimento porque isso é importante, né? (Gerente 2).

A minha sugestão é tentar minimizar os processos burocráticos, minimizar essas planilhas pra tentar interligar as informações e diminuir a quantidade porque, por exemplo, tem informações que eu coloco no SISAB e são repetidas em outro local. Sei que pode não ser tão simples, mas facilitaria bastante nosso trabalho enquanto gerente e nos daria uma oportunidade de otimizar nosso tempo em outros processos importantes de gerência (Gerente 7).

De acordo com a literatura científica, verificou-se que esta não é uma dificuldade relatada apenas pelos gerentes da ESF de Sobral. Outros estudos também mostram resultados similares. Para tanto, é necessário supervisionar a coleta e sistematização dos dados, visto que a falha no registro dos dados compromete a confiabilidade das informações, prejudicando a qualidade dos dados e a análise da situação de saúde. Outros autores concordam quando afirmam que a qualidade dos registros é parte essencial na conformação dos sistemas de informação em saúde. Ainda apontam que um processo de capacitação eficaz e dinâmico adequado às necessidades dos profissionais possibilita o aperfeiçoamento profissional e desempenho do trabalho em equipe (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; SENNA; ANDRADE, 2015).

Foram citadas também outras estratégias para o processo de avaliação e monitoramento das ações, como reuniões mensais envolvendo os membros de todas as equipes e reuniões semanais do gerente com cada equipe de saúde da família, além da implantação do método

Lean, o qual tem o objetivo de focar na redução de desperdícios e na melhoria contínua da qualidade em todos os processos operacionais, conforme observado nas falas a seguir.

Uma vez por mês nós realizamos uma reunião de planejamento, e aí nós avaliamos o mês anterior e planejamos o mês seguinte. Além disso, temos o gerenciamento diário, que é o método Lean, onde todos os dias, antes de começarmos as atividades, nos reunimos com toda a equipe para fazer uma avaliação dos processos de trabalho. Nesse momento, temos a oportunidade de pontuar falhas, potencialidades, deficiência em algumas ações pontuais e refletir para buscar sempre a melhoria do nosso trabalho (Gerente 4).

Temos também o gerenciamento diário, em que temos a oportunidade de fazer um momento com a equipe antes de começar o turno de trabalho para discutir e refletir pontos importantes do nosso processo de trabalho. Semanalmente também faço reunião com cada equipe, já que nossa roda semanal, com o método paidea com todos os membros de todas as equipes foi cortada (Gerente 5).

Agora estamos trabalhando com o método Lean, que engloba mais essa questão de mais planejamento e menos desperdício e desgaste de tempo, sendo feito antes de começarmos o dia de trabalho. Temos também reuniões com categorias semanais, ou seja, uma reunião com os enfermeiros, com os médicos, ACS, etc. Temos também reuniões com a tutoria do sistema saúde escola de sobral, em que podemos também avaliar os processos de trabalho (Gerente 7).

A partir dos relatos, percebe-se que é destacada a importância da periodicidade das reuniões de equipe em prazos curtos e a valorização da informação para o planejamento das ações como possibilidade de aproximação do grupo com a avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas.

Autores enfatizam que estes momentos objetivam socializar e discutir os resultados alcançados por meio dos indicadores, da mesma forma que trocar experiências, avaliar o processo e pensar coletivamente em novas estratégias de trabalho. As reuniões periódicas são essenciais para o estabelecimento de canais de comunicação efetivos e sem ruídos, além de definir o planejamento de saúde com objetivos claros e de forma participativa (PAES *et al.*, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a avaliação da qualidade da APS de Sobral, Ceará, que se constitui como uma referência da região nordeste em Saúde da Família, de forma a proporcionar o conhecimento sobre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde pertencentes à zona urbana e do processo de trabalho dos profissionais diretamente envolvidos na assistência à saúde, subsidiando a análise e planejamento das ações voltadas para a qualidade do cuidado no nível primário de atenção.

De forma geral, para a dimensão estrutura pode ser constatado um bom desempenho das Unidades estudadas, em que são oferecidas condições básicas para o desenvolvimento de ações de qualidade para a prestação do cuidado, mas vale ressaltar a identificação de alguns aspectos que podem comprometer esta assistência, como o fato de 50% das Unidades possuírem a quantidade de equipes inferior ao recomendado pela PNAB, apesar de ter sido ressaltado que há uma flexibilidade de acordo com as especificidades do território em que a decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe e o Conselho Municipal ou Local de Saúde.

Porém, ao longo do processo avaliativo foi verificada alta demanda assistencial nos territórios de Sobral, que pode comprometer a qualidade do cuidado se houver sobrecarga de profissionais. Além disso, observou-se que três Unidades estavam com a equipe incompleta com a ausência do profissional médico.

Além disso, verificou-se necessidade de melhorias na acessibilidade para portadores de deficiência; insuficiência de equipamentos adequados de urgência e emergência; ausência de veículo para uso da Unidade; deficiência na disponibilidade de alguns medicamentos, como antibióticos, psicofármacos, para doenças crônicas não transmissíveis, IST e dislipidemias, os quais estavam abaixo dos parâmetros recomendados pela OMS.

Assim, estas inadequações identificadas precisam ser consideradas pela gestão em saúde, visto que, conforme afirma Donabedian (1985), uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados.

Para a dimensão processo, percebeu-se que a organização das práticas operadas, em sua maioria, mantém características que procuram garantir a sustentabilidade de ações para assegurar a qualidade da atenção à saúde no município de Sobral.

Porém, apesar de bons resultados encontrados neste estudo, aspectos importantes também devem ser considerados para o alcance da qualidade esperada, como a necessidade de reflexão sobre o agendamentos das consultas, a fim de promover o menor tempo de espera para

o usuário; o tempo de espera entre encaminhamentos, consultas em serviços de referência e realização de exames de alta complexidade, sendo preciso analisar a relação entre a quantidade e necessidade para otimizar este processo; o atendimento de rotina da criança, o qual deve priorizar o seguimento até os 10 anos de idade; a necessidade de fornecer maior ênfase para a atenção à saúde do homem e do trabalhador; e estratégias para estimular a participação e empoderamento popular nas práticas de saúde.

Complementarmente, as entrevistas trouxeram contribuições qualitativas para potencializar a incorporação dos resultados da avaliação pelos gerentes, em que colocaram suas percepções sobre a experiência e impacto do processo avaliativo, bem como as potencialidades e fragilidades do processo de trabalho assistencial e gerencial das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Sobral.

Assim, os resultados permitiram identificar fatores que merecem destaque e reflexão para a melhoria da qualidade da atenção na APS, tais como uma maior valorização dos processos avaliativos para contribuir para o planejamento e gestão do sistema local de saúde de forma eficiente, resolutiva e satisfatória; maior empenho entre a APS e RAS para simplificar e efetivar o processo de contrarreferência no sentido de valorizar a continuidade do cuidado; minimização dos processos burocráticos ligados à gerência e simplificação no preenchimento das planilhas para gerar indicadores de saúde que sejam compatíveis entre os serviços.

A partir disso, entende-se que estes resultados permitem a obtenção de informações essenciais à tomada de decisões estratégicas pelos gestores e, também, uma imagem mais ampla da situação real de Sobral, além de contribuir para a elaboração de um planejamento baseado nas necessidades e proposições de melhorias para a qualificação da assistência prestada à população do município estudado.

Como limitações deste estudo podemos destacar o fato de terem sido avaliadas apenas as Unidades Básicas de Saúde pertencentes à zona urbana de Sobral, podendo ser estendido esse processo avaliativo para a zona rural. Além disso, considera-se uma limitação o fato de não ter incluso a avaliação da satisfação do usuário que, de acordo com Donabedian (1982), implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.

Outra limitação está associada ao fato dos gerentes terem apenas quatro meses de serviço no momento da avaliação, o que nos fornece base para refletir sobre a alta rotatividade de profissionais na APS, quando deve ser priorizada a formação, o fortalecimento e a consolidação dos vínculos entre profissionais e usuários como pressupostos básicos para o nível primário de atenção. Também podem ser citadas as limitações do próprio instrumento QualiAB

e aquelas inerentes à pesquisa avaliativa sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento.

Nesse ínterim, o presente estudo se propôs a analisar as dimensões de Estrutura e Processo, sem a verificação de Resultados, assim, recomenda-se a complementação com outras pesquisas que se debrucem sob este outro aspecto e que verifiquem, por exemplo, a percepção da qualidade dos serviços de APS sob o ponto de vista de usuários e gestores municipais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.M.M.; JOMAR, R.T.; TAETS, G.G.C.; SOUZA, M.H.N.; FERNANDES, D.B. Rastreamento e Intervenção Breve para uso de álcool e outras drogas. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. suppl 5, p. 2389-95. 2018.
- AGUSTÍ, C.; FERNÁNDEZ-LÓPEZ, L.; MASCORT, J.; CARRILLO, R.; AGUADO, C.; MONTOLIU, A. et al. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary health care practitioners in Spain. **AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 544-9. 2013.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- ALBUQUERQUE, I. M. N. **Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas**. 2010. 109f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.
- ALSAAD, S.S.M.; ABU-GRAIN, S.H.S.; EL-KHEIR, D.Y.M. Preparedness of Dammam Primary Health Care centers to deal with emergency cases. **Journal of Family and Community Medicine**, v. 24, issue 3, p.181-188. 2017.
- ALVES, B.M.S.; ARAÚJO, C.J.S.; ALMEIDA, S.L.S.; GUIMARÃES, A.L.S. Atuação do enfermeiro da atenção básica diante das dificuldades para a implementação da política de saúde do homem. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. supl 12, p. 5391-401. 2017. 2017.
- AMORIM, E.G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O.M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 224-236. 2018.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; GOYA, N.; JÚNIOR, T.M. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde. **Sanare**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 9-20. 2004.
- ARAGÃO, R. F. **Avaliação da qualidade a partir de Donabedian do Programa Nacional de Imunização no município de Sobral-CE**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509. 2016.
- ARAÚJO NETO, J. D. **Avaliação responsiva e construtivista do programa núcleo de apoio à saúde da família – nasf quanto ao princípio da integralidade**. 2015. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.
- ARAÚJO, A.C.; FREITAS, F.R.N.N.; ARAÚJO, R.V.; BATISTA, M.M.S.L. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do PMAQ – AB: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 712-7. 2017.

ARAÚJO, G.B.; ALVES FILHO, F.W.P.; SANTOS, R.S.; LIRA, R.C.M. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **Sanare**, v. 16, n. 01, p. 124-129. 2017.

ARAÚJO, L.U.A.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA, H.F.V.; AZEVEDO, W.M.; ALMEIDA JUNIOR, H.J.B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532. 2014.

ARAÚJO, N.M.; STORER, J.M.; BURIN, E.A.; FONTES, M.C.F.; ARCÊNCIO, R.A.; PIERI, F.M. Acesso dos doentes de hanseníase na atenção primária à saúde: potencialidades, fragilidades e desafios. **Hansen Int**, v. 41, n. (1-2), p. 72-83. 2016.

ARAÚJO, W.J.; QUIRINO, E.M.B.; PINHO, C.M.; ANDRADE, M.S. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. supl 1 p. 676-81. 2018.

ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface**, v. 21, n. 61, p. 321-32. 2017.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface Botucatu [online]**, v. 14, n. 35, p. 797-810. 2010.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C.R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2721. 2016.

BARBOSA, T.L.; GOMES, L.M.; HOLZMANN, A.P.; DE PAULA, A.M.; HAIKAL, D.S. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 6, p. 531-8. 2015.

BARDIN L. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARDIN L. **Ánálise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BARRETO, M.N.S.C.; CESSÉ, E.A.P.; LIMA, R.F.; MARINHO, M.G.S.; SPECHT, Y.S.; CARVALHO, E.M.F. et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 413-424. 2015.

BARRETO, R.M.A.; VASCONCELOS, M.N.; MELO, E.S.; ARAÚJO, M.A.F.; LIRA, R.C.M.; ALBUQUERQUE, I.M.A.N. Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf**, v. 20, v20a27. 2018.

BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; MEIRELLES, B.H.S.; COSTA, M.F.B.N.A.; ANTONINI, F.O.; DURAND, M.K. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. suppl. 6, p. 2800-7. 2018.

BORBUREMA, T.L.R.; PACHECO, A.P.; NUNES, A.A.; MORÉ, C.L.O.O.; KRENKEL, S. Violência contra a mulher: registro em prontuários. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-13. 2017.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saude Publica**, v.41, n.1, p. 150-153. 2007.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M.S.; ALMEIDA, P.F.; MARTINS, L.; MOTA, P.H.S. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154. 2017.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; FUSARO, E.R.; MENDONÇA, M.H.M.; GAGNO, J.; VIANNA, A.L.D. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8:e00037316. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União (DOU), 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6. Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara De Educação Superior. **Resolução Cne/Ces 3/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto para Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Brasília (DF)**: Ministério da Saúde; 2005. (Documento Técnico Série B Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a. v. 4. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006 – relatório final**. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. v. 1. (Cadernos de Atenção Primária, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 3. ed. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRONDANI, J.E.; LEAL, F.Z.; POTTER, C.; SILVA, R.M.; NOAL, H.C.; PERRANDO, M.S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-08. 2016.

BROWN, L.B.; MILLER, W.C.; KAMANGA, G.; NYIRENDA, N.; MMODZI, P.; PETTIFOR, A. et al. HIV Partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunity for HIV treatment and prevention. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 56, n. 5, p. 437-42. 2011.

BUSHATSKY, M.; LIMA, K.D.; MORAES, L.X.; GUSMÃO, L.T.B.; BARROS, M.B.S.C.; FIGUEIRA FILHO, A.S.S. Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 10, p. 3429-36. 2014.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.5, n. Supl 1, p.S63-S69. 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saude Publica**, v. 23, n. 2, p.399-407. 2007.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 252-264. 2014.

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 252-264. 2014.

CANO, J.D.; MEDINA, E.; CUSTARDOY, J.; OROZCO, D.; QUINCE, F. Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. **Gac Sanitaria**, v. 17, n. 5, p. 368-74. 2003.

CARDOSO, A.V.L. et al. Avaliação da gestão da estratégia saúde da família por meio do instrumento avaliação para melhoria da Qualidade em municípios de minas Gerais, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1267-1284. 2015.

CARLOS, D.M.; PÁDUA, E.M.M.; FERRIANI, M.G.C. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 537-44. 2017.

CARNEIRO, M.S.M.; MELO, D.M.S.; GOMES, J.M.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp, p. 279-95. 2014.

CARRIÈRE, G.; SANMARTIN, C. Waiting time for medical specialist consultations in Canada. **Statistics Canada**, Catalogue n° 82-00 - Health Reports. 2010 Jun; 21(2).

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NOGUEIRA, L.T.; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 265-278. 2014.

CARVALHO, A.L.B.; SHIMIZU, H.E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Interface**, Botucatu, v.21, n.60, p.23-33. 2017.

CARVALHO, A.L.B.; SOUZA, M.F.; SHIMIZU, H.E.; SENRA, I.M.V.B.; OLIVEIRA, K.C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 901-911. 2012.

CARVALHO, B.G. **Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

CARVALHO, B.G.; PEDUZZI, M.; NUNES, E.F.P.A.; LEITE, F.S.; SILVA, J.A.M. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 907-14. 2014.

CASOTTI, E.; GABRIEL, J.O. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do rio de janeiro: resultados do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 245-260. 2016.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo: Relatório Científico Final. Pesquisa em Políticas Públicas para o SUS. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; Faculdade de Medicina, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L.; NEMES, M.I.B.; ZARILI, T.F.T.; SANINE, P.R.; CORRENTE, J.E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Rev. Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out-dez. 2014.

CAVALCANTE, E.G.F.; MIRANDA, M.C.C.; CARVALHO, A.Z.F.H.T.; LIMA, I.C.V.; GALVÃO, M.T.G. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 450-457. 2016.

CELEDÔNIO, R.M.; FÉ, M.C.M.; MENDES, A.H.L.; MENDES, A.H.L.; CHAVES, TLF. Gestão do trabalho em Unidades Básicas de Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. supl. 1, p. 341-50. 2017.

CONCEIÇÃO, P.O.; COSTA, T.L. Práticas de enfermeiros para a prevenção do hiv/aids na adolescência: análise representacional. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 12, p. 4805-16. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.A.M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 705-711. 2006.
- CORRÊA, M.D.; TSUNECHIRO, M.A.; LIMA, M.O.P.; BONADIO, I.C. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n.(Esp), p.24-32. 2014.
- CORTEZ, E.A.; SILVA, L.M. Pesquisa-ação: promovendo educação em saúde com adolescentes sobre infecção sexualmente transmissível. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. supl. 9, p. 3642-9. 2017.
- CUNHA, C.G. Competências para o gerenciamento na estratégia saúde da família de Sobral, Ceará. 2016. 236f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Sobral, 2016.
- DE PAULA, M.L.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; ALBUQUERQUE, R.A. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. Estud**, v. 19, n. 2, p. 223-233. 2014.
- DESLANDES, S.F.; IRIART, J.A.B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.12, p. 2380-2386. 2012.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A.; THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 37, p. 140-7. 2015.
- DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**. v.1. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. **The quality of medical care: a concept in search of a definition**. J FarmPract. 1982; 9:975-92.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Méd**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.
- DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.20, n.6, p. 975-92, 1992.
- DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de La atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7. 1993.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford; 2003.
- DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. The Milbank Quarterly, v. 83, n.4, p. 691–729. 2005.

DOUBOVA, S.V.; PÉREZ-CUEVAS, R.; ORTIZ-PANOZO, E. et al. Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 168. 2014.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, n. especial 1, p. 208-223. 2018.

FARIAS, D.C.; CELINO, S.D.M.; PEIXOTO, J.B.S.; BARBOSA, M.L.; COSTA, G.M.C. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 79-87. 2015.

FEITOSA, R.M.M.; PAULINO, A.A.; LIMA JUNIOR, J.O.S.; OLIVEIRA, K.K.D.; FREITAS, R.J.M.; SILVA, E.F. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.821-829, 2016.

FERNANDES, J.C.; CORDEIRO, BC. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 194-202. 2018.

FIGUEIREDO, M.F.S.; BORÉM, L.M.A.; VIEIRA, M.R.M.; LEITE, M.T.S.; RODRIGUES NETO, J.F. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. 114, p. 729-740. 2017.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V.K.; ALMEIDA, A.C.C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p. 4851-4860, 2014.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545-565. 2014.

FRENK, J. Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. **Salud Pública de Mexico**, v. 42, n. 6, p. 556-7, 2000.

GALAVOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; FREITAS, P.S.S.; LIMA, E.F.A.; GARCIA, A.C.P.; ANDRADE, M.A.C et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc**, v. 25, n. 4, p.988-1002. 2016.

GALAVOTE, H.S.; ZANDONADEL, E.; GARCIA, A.C.P.; FREITAS, P.S.S.; SEIDEL, H.; CONTARATO, P.C.; ANDRADE, M.A.C.; LIMA, R.C.D. O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98. 2016.

GALBAN, E.; BENZAKEN, A.S. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, p. 166-72. 2007.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149. 2014.

GOETZ, K. et al. Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. **BMJ Open**, v.5, n.4, e007443. 2015.

GOMES, R.N.S.; PORTELA, N.L.C.; PEDROSA, A.O.; MONTE, L.R.S.; CUNHA, J.D.S.; SOARES, T.R. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Rene**, v. 16, n. 15, p. 624-30. 2015.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; BULGARELLI, A.F.; SANTOS ALP.; GALLARDO, M.P.S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface Comunicação saúde educação**, v. 22, n. 65, p. 387-98. 2018.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. (número especial 2), p. 19-25. 2012.

GOYA, N.; ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; TAJRA, F.S. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde Soc**, v. 25, n. 4, p. 902-919. 2016.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.

GUDLAVALLETI, M.V.S.; JOHN, N.; ALLAGH, K.; SAGAR, J.; KAMALAKANNAN, S.; RAMACHANDRA, S.S. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1: 1125. 2014.

GUIMARÃES, W.S.G.; PARENTE, R.C.P.; GUIMARÃES, T.L.F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, e00110417. 2018.

HARRIS, S. et al. Impact of a quality improvement program on primary health care in Canada: a mixed-method evaluation. **Health Policy**, v.119, n.4, p.405-416. 2015.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. da (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493. 2014.

HERMIDA, P.M.V.; NASCIMENTO, E.R.P.; BELAVER G.M.; DANCZUK, R.F.T.; ALVES, D.L.F.; JUNG, W. Perception of family health teams regarding primary care provided in the urgency network. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 4, p. 1170-8. 2016.

HIRDES, A.; MARCON, G.; BRANCHI, R.N.; VIVIAN, A.G. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, n. 46, p. 74-89. 2015.

HOLANDA, E.R.; HOLANDA, V.R.; VASCONCELOS, M.S.; SOUZA, V.P.; GALVÃO, M.T.G. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-9. 2018.

HOPPE, A.S.; MAGEDANZ, M.C.; WEIGELT, L.D.; ALVES, L.M.S.; REZENDE, M.S.; FISCHBORN, A.F.; KRUG, S.B.F. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. **Cinergis**, v. 18, n. Supl. 1, p. 335-343. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Ceará, Sobral**. 2017.
IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791-3798. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Globocan 2012 [Internet]. Lyon: IARC; 2012.

JAYAPRAKASH, N.; O'SULLIVAN, R.; BEY, T.; AHMED, S.S.; LOTFIPOUR, S.
Crowding and Delivery of Healthcare in Emergency Departments: The European Perspective. **West J Emerg Med**, v. 10, n. 4, p. 233-239. 2009.

KESSLER, M.; THUMÉ, E.; DURO, S.M.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F.C.V.; SILVEIRA, D.S. et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 2, e2017389. 2018.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; PESSOA, V.M.; FERNANDES, L.M.M.; GOMES, E.M. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 273-288. 2014.

LAGU, T.; IEZZONI, L.I.; LINDENAUER, P.K. The axes of access - improving care for patients with disabilities. **N Engl J Med**, v. 370, n. 19. 2014.

LAPORT, T.J.; COSTA, P.H.A.; MOTA, D.C.B.; RONZANI, T.M. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 143-150. 2016.

LEITE, A.G.A.; SOUSA, J.C.M.; FEITOSA, A.N.A.; VIEIRA, A.G.; QUENTAL, O.B.; DE ASSIS, E.V. Práticas de educação em saúde na estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. supl 10, p. 1572-9. 2015.

LEITE, J.T.; BESERRA, M.A.; SCATENA, L.; SILVA, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C.
Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, e55796. 2016.

LEVITT, C.A.; NAIR, K.; DOLOVICH, L.; PRICE, D.; HILTS, L. Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi Panel study. **Family Practice**, v.31, n.5, p.607-621. 2014.

- LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24. 2014.
- LIMA, S.A.V; SILVA, M.R.F; CARVALHO, E.M.F; CESSÉ, E.A.P; BRITO, E.S.V; BRAGA, J.P.R. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-656. 2015.
- LINHARES, J.H.; FROTA, S.L.F.; SOARES, C.H.A.; LINHARES, A.E.M.S.; MELO, M.S.S. Sistema de informação em fisioterapia na atenção básica no território dos terrenos novos no município de Sobral, Ceará. **SANARE: revista de políticas públicas**, Sobral, v.9, n1, p. 14-16. 2010.
- LIRA, L.B.S.; SANTOS, D.S.; NEVES, S.J.F.; NAGLIATE, P.C.; PEREIRA, EAT.; CAVALCANTE, M.V. Access, welcoming and family health strategy: user satisfaction. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2334-40. 2018.
- LOPES, G. V. D. O.; VILASBÔAS, A. L. Q.; CASTELLANOS, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **Saúde debate**, v. 41, n. especial 3, p. 241-254. 2017.
- LUZ, L.A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, v. 42, n. especial 2, p. 111-126. 2018.
- MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646. 2016.
- MACKICHAN, F.; BRANGAN, E.; WYE, L.; CHECKLAND, K.; LASSERSON, D.; HUNTLEY, A. et al. Why do patients seek primary medical care in emergency departments? An ethnographic exploration of access to general practice. **BMJ Open**, v. 7, :e013816. 2017.
- MAGALHÃES, A.C.F.; FERREIRA, A.L.; CORRÊA, L.P.; RODRIGUES, M.C.; VIEGAS, S.M.F. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v.2, n.1, p. 31-42, jan/abr. 2012.
- MAGRI, L. V.; ACIOLE, G. G., SALOMÃO, F. G. D.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; RIBEIRO, L. G. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 144-155. 2016.
- MAIA, M.N.; SILVA, R.P.O.; SANTOS, L.P.R. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v 13. n. 40, p. 1-10. 2018.
- MARQUES, S.S.; RIQUINHO, D.L.; SANTOS, M.C.; VIEIRA, L.B. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 3, e67593. 2017.

- MARTINS, K.P.; DA COSTA, T.F.; DE MEDEIROS, T.M.; FERNANDES, M.G.M.; DE FRANÇA, I.S.X.; COSTA, K.N.F.M. Internal structure of Family Health Units: access for people with disabilities. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 10. 2016.
- MATTEI, P.L.; BEACHKOFKY, T.M.; GILSON, R.T.; WISCO, O.J. Syphilis: a reemerging infection. **Am Fam Physician**, v. 86, n. 5, p. 433-40. 2012.
- MAZON, L.M.; NEGRELLI, M.H. Satisfação dos usuários frente ao sistema único de saúde. **Saúde rev**, v. 16, n. 43, p. 45-51. 2016.
- MEDEIROS, K.K.A.S.; PINTO JÚNIOR, E.P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M.G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. especial 3, p. 288-295. 2017.
- MELO, F.B.B.; MARQUES, C.A.V.; ROSA, A.S.; FIGUEIREDO, E.N.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 6, p. 1183-93. 2017.
- MELO, M. S. S. **Avaliação da atenção primária à saúde em Sobral-CE: aplicação do PCATool**. Fortaleza, 2012. 214f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará.
- MELO, M.A.S.; COLETA, M.F.D.; COLETA, J.A.D.; BEZERRA, J.C.B.; CASTRO, A.M.; MELO, A.L.S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no sistema nacional de agravos de notificação. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 71, p. 1-17. 2018.
- MENDENHALL, E.; DE SILVA, M.J.; HANLON, C.; PETERSEN, I.; SHIDHAYE, R.; JORDANS, M. et al. Acceptability and feasibility of non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Soc Sci Med**, v. 118, p. 33-42. 2014.
- MENDES, C.R.A. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. **Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.20, n.2, p. 65-72. 2016.
- MENDES, F.; MANTOVANI, M.F.; GEMITO, M.L.; LOPES, M.J. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Rev Enf Ref**, v. serIII, n. 9, p.17-25. 2013.
- MENDES, J.M.R.; WUNSCH, D.S.; MACHADO, F.K.S.; MARTINS, J.; GIONGO, C. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 194-207. 2015.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 308 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519. 2016.
- MOHEY, A.; AL AZMI, S.F. Primary Healthcare Emergency Services in Alexandria, Egypt 2016. **Quality in Primary Care**, v. 25, n. 5, p. 303-315. 2017.
- MOREIRA, K.S.; LIMA, C.A.; VIEIRA, M.A.; COSTA, S.M. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 2, e51283. 2017.
- MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.1, e00206316. 2017.
- MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24. 2018.
- MUDRICK, N.R.; BRESLIN, M.L.; LIANG, M.; YEE, S. Physical accessibility in primary health care settings: results from California on-site reviews. **Disabil Health J**, v. 5, n. 3. 2012.
- NASCIMENTO, R.C.R.M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A.A.; GOMES, I.C.; COSTA, E.A.; LEITE, S.N. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. supl. 2:10s. 2017.
- NEMES, M.I.B. A prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). Saúde do adulto: programas e ações em Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 47-64.
- NEVES, T.C.C.L.; MONTENEGRO, L.A.A.; BITTENCOURT, S.D.A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 756-770. 2014.
- NEY, M.S.; PIERANTONI, C.R.; LAPÃO, L.V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 43-55, Jan-Mar. 2015.
- NICKEL, D.A.; NATAL, S.; HARTZ, Z.M.A.; CALVO, M.C.M. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2619-2630. 2014.
- NÓBREGA, D.M.; BEZERRA, A.L.; SOUSA, M.N.A. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica da Fainor**, v. 8, n. 2, p.141-157. 2015.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BOGUS, C.M. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude Soc**, v.13, n.3, p.44-57. 2012.

NUNES, V.M.A.; SAMPAIO, A.T.L.; NOGUEIRA, D.D.; ALMEIDA JUNIOR, H.J.B. Educação em saúde envolvendo cuidadores de idosos no ambiente domiciliar. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 227-232. 2014.

NUNES, J.T.; GOMES, K.R.O.; RODRIGUES, M.T.P.; MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, p. 252-261. 2016.

NUNES, J.T.; MARINHO, A.C.V.; DAVIM, R.M.B.; SILVA, G.G.O.; FELIX, R.S.; MARTINO, M.M.F. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 12, p. 4875-84. 2017.

NUNES, P.S.; ZARA, A.L.S.A.; ROCHA, D.F.N.C.; MARINHO, T.A.; MANDACARÚ, P.M.P.; TURCHI, M.D. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 4, e2018127. 2018.

OHIRA, R.H.F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E.F.P.A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4439-4448. 2014.

OLIVEIRA, A.E.C.; LIMA, I.M.B.; NASCIMENTO, J.A.; COELHO, H.F.C.; SANTOS, S.R. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde debate**, v. 40, p. 212-8. 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 66, n. especial, p. 158-64, Setembro. 2013.

OLIVEIRA, T.A.; MESQUITA, G.V.; VALLE, A.R.M.C.; MOURA, M.E.B.; TAPETY, F.I. Family Health Strategy professional's perception on the urgency and emergency attendance. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. supl. 3, p. 1397-406. 2016.

OLIVEIRA, V.B.C.A.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 30-36. 2015.

OLUWATOSIN, O. Primary health care nurse`s knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. **BMC Nursing**, v. 11, n. 22. 2012.

OMS (Organización Mundial de La Salud) [Internet]. **Cáncer de mama: prevención y control** [Internet]. 2013

PAES, L.G.; BELLATO, T.M.S.; MACHADO, B.P.; LIMA, S.B.S. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 40-49. 2015.

PAIVA, M.B.P.; MENDES, W.; BRANDÃO, A.L.; CAMPOS, C.E.A. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 925-950. 2015.

- PAULA, F. A.; SILVA, C. C. R.; SANTOS, D. F.; MARTINS-FILHO, O. A.; ANDRADE, R. A. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde debate**, v. 39, n. 106, p. 802-814. 2015.
- PEDRAZA, D.F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações**, v. 18, n. 3, p. 97-105. 2017.
- PERUZZO, H.E.; BEGA, A.G.; LOPES, A.P.A.T.; HADDAD, M.C.F.L.; PERES, A.M.; MARCON, S.S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20170372. 2018.
- PINTO JUNIOR, E. P.; CAVALCANTE, J. L. M.; SOUSA, R. A.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, M. G. C. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, Jan-Mar. 2015.
- POLI NETO, P.; FAORO, N.T.; PRADO JUNIOR, J.C.; PISCO, L.A.C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388. 2016.
- PONTE, H.M.S.; OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 34-47. 2016.
- PORTO, R.T.S.; BISPO JUNIOR, J.P.; LIMA, E.C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**, v. 24, n. 3, p. 787-807. 2014.
- PROTASIO, A.P.L.; GOMES, L.B.; MACHADO, L.S.; VALENÇA, A.M.G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844. 2017.
- PROTASIO, A.P.L.; SILVA, P.B.; LIMA, E.C.; GOMES, L.B.; MACHADO, L.S.; VALENÇA, A.M.G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 209-220. 2014.
- QSR INTERNATIONAL. **Visão geral do NVivo**. Software de suporte para pesquisa de métodos qualitativos e mistos. 2014. Disponível em: <http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/NVivo-10-Overview-Portuguese.pdf>.
- QUENTAL, L.L.C.; NASCIMENTO, L.C.C.C.; LEAL, L.C.; DAVIM, R.M.B.; CUNHA, I.C.B.C. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. Supl. 12, :5370-81. 2017.
- QUINDERÉ, P.H.D.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 253-271. 2014.
- RADIGONDA, B.; SOUZA, R.K.T.; CORDONI JUNIOR, L.; SILVA, A.M.R. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus pela

- Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 115-126. 2016.
- RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 1211-8. 2018.
- RAMOS, V.M. **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em sobral-CE**. 2014. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2014.
- REICHERT, A.P.S.; LEÔNICO, A.B.A.; TOSO, B.R.G.; SANTOS, N.C.C.B.; VAZ, E.M.C.; COLLET, N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119-127. 2016.
- REIS, E.J.F.B. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.
- REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64. 2015.
- RIBEIRO, J.P.; MAMED, S.N.; SOUZA, M.R.; SOUZA, M.M.; ROSSO, C.F.W. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf**, v.17, n.3, p. 1-11, jul./set. 2015.
- RIBEIRO, M. A. **Avaliação da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família do município de sobral – CE**. 2018. 285f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2018.
- RIBEIRO, M.A.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; CUNHA, I.C.K.O.; MAYORGA, F.D.O.; XIMENES NETO, F.R.G.; SILVEIRA, N.C. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em revista**, v. 1, n. 1, p. 29-38. 2019.
- RIBEIRO, M.D.A.; CASTILLO, I.S.; SILVA, J.C.A.; OLIVEIRA, S.B. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n. 2, p. 221-228. 2017.
- RODRIGUES, A.R.M.; SILVA, M.A.M.; CAVALCANTE, A.E.S.; MOREIRA, A.C.A.; MOURÃO NETTO, J.J.; GOYANNA, N.F. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na Atenção Primária. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 4, p. 1247-55. 2016.
- ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 794-804. 2014.

ROSE, S.B.; GARRET, S.M.; PULLON, S.R.H. Overcoming challenges associated with partner notification following chlamydia and gonorrhoea diagnosis in primary care: a postal survey of doctors and nurses. **J PRIM HEALTH CARE**, v. 9, n. 2, p. 136-144. 2017.

ROWE, P. **Essential statistics for the pharmaceutical sciences**. Chichester: Wiley, 2007. p. 9-167.

SANCHO, L.G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774. 2012.

SANTOS, R.A.B.G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706. 2017.

SANTOS, R.R.; LIMA, E.F.A.; FREITAS, P.S.S.; GALAVOTE, H.S.; ROCHA, E.M.S.; LIMA, R.C.D. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 130-139. 2016.

SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12. 2016.

SCHERER, C.I.; SCHERER, M.D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 98, p. 1-12. 2015.

SENNA, M.H.; ANDRADE, S.R. Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p. 950-8. 2015.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J.R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 2, p. 599- 615. 2017.

SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S.A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, e16, p. 1-9. 2016.

SILVA, A.N.; SILVA, S.A.; SILVA, A.R.V.; ARAÚJO, T.M.E.; REBOUÇAS, C.B.A.; NOGUEIRA, L.T. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. 2, p. 255-63. 2018.

SILVA, B.F.S.; WANDEKOKEN, K.D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BENITO, G.A.V.A. Importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 183-196. 2015.

SILVA, C.S.O.; BARBOSA, D.A.; BARBOSA, I.A.; CRUZ, I.M.; MARQUES, K.P. O adolescente na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura. **Adolesc. Saude**, v. 13, n. 3, p. 76-87. 2016.

SILVA, C.S.O.; FONSECA, A.D.G.; SOUZA, L.P.S.; SIQUEIRA, L.G; BELASCO, A. G.S.; BARBOSA, D.A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 11, p. 4407-4415. 2014.

SILVA, G.; IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 404-417. 2017.

SILVA, G.A.; OLIVEIRA, C.M.G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 4, n. 3, p. 215-220. 2014.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, R.M.M.; SOBRINHO, R.A.S.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIEIRA, C.S. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1217-1224. 2015.

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 54-61. 2016.

SILVA, T.F.; ROMANO, V.F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p.363-374. 2015.

SILVEIRA, C.L.G.; MELO, V.F.C.; BARRETO, A.J.R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. supl 3, p. 1528-9. 2017.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev RENE**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 50-9. 2007.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L.; OLIVEIRA, J.S.A.; FORTE, E.C.N.; MELO, T.P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, e2500016. 2017.

SOUSA, Z.A.A.; SILVA, J.G.; FERREIRA, M.A. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Esc. Anna Nery*, v. 18, n. 3, p. 400-406. 2014.

SOUZA, A.B.Q.; FERNANDES, B.M. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 594-604. 2014.

SOUZA, L.R.; HANUS, J.S.; LIBERA, L.B.D.; SILVA, V.M.; MANGILLI, E.M.; SIMÕES, P.W.; CERETTA, L.B.; TUON, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 2, p. 140-149. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p. 179-181, jan-mar. 2013.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.927-934. 2011.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828. 2012.

TAVARES, N.U.L.; BERTOLDI, A.D.; MENGUE, S.S.; ARRAIS, P.S.D.; LUIZA, V.L.; OLIVEIRA, M.A. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl. 2, 10s. 2016.

TEIXEIRA, J.A.; SOARES, M.C.; ESCOBAL, A.P.L.; GONÇALVES, K.D.; MATOS, G.C.; SILVA, B.M.P. et al. Percepção dos profissionais de saúde da atenção básica sobre os grupos de gestantes. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 94-103. 2017.

THOMAZINE, A.M.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v.14, n.2, p 105-12. 2014.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v. 6, n. 2, p. 34-42. 2007.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F.C.V.; SILVEIRA, D.S.; THUMÉ, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815. 2017.

TOMAZELL, J.G.; SILVA, G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 4, p. 713-724. 2017.

TRIDAPALLI, E.; CAPRETTI, M.G.; REGGIANI, M.L.; STRONATI, M.; FALDELLA, G. Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology- Collaborative Group. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 97, n. 3, p. 211-3. 2012.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov-dez. 2002.

UCHIMURA, L.Y.T.; VIANA, A.L.A.; SILVA, H.P.; IBÁÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 972-983. 2015.

URSINE, B.L.; PEREIRA, E.L.; CARNEIRO, F.F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface**, v. 22, n. 64, p. 109-20. 2018.

- VIANA, A.L.A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G.A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M.G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798. 2018.
- VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; DA LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p.100-112. 2015.
- VIEIRA, E.W.R.; LIMA.; T.M.N.; GAZZINELLI, A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 72-78. 2015.
- VIEIRA, S.P.; PIERANTONI, C.R.; MAGNAGO, C.; FRANÇA, T.; MIRANDA, R.G. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121. 2017.
- VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Sup:S85-S100. 2014.
- VIERO, V.S.F.; FARIAS, J.M.; FERRAZ, F.; SIMÕES, P.W.; MARTINS, J.A.; CERETTA, L.B. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 484-490. 2015.
- VUORI, H. **Quality assurance of health services**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1981. (Public Health in Europe, n. 16).
- WARD, H.; BELL, G. Partner notification. **Medicine (Abington)**, v. 42, n. 6, p. 314-7. 2014.
- WEEL, C.V.; SCHERS, H.; TIMMERMANS, A. Health Care in The Netherlands. **JABFM**, v. 25, n.suppl 1, p. 12-17. 2012.
- WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1121-1132. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Quality assessment and assurance in Primary Health Care**. Programme Statement. Geneva: World Health Organization; 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to develop and implement a national drug policy**. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Access to essential medicines**. In: WHO. The World Medicine Situation. Geneva: WHO; 2004. p. 61-74.
- YOUSUF, S.A.; AL AMOUDI, S.M.; NICOLAS, W.; BANJAR, H.E.; SALEM, S.M. Do Saudi nurses in primary health care centres have breast cancer knowledge to promote breast cancer awareness? **Asian Pacific J Cancer Prev**, v. 13, n. 9, p. 4459-64. 2012.

ZANIN, L.E. **Avaliação da qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na estratégia de saúde da família na zona urbana de Sobral- CE.** 2014. 169f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2014.

ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB.** 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

ANEXO A – Adaptação do instrumento QUALIAB

I. Identificação e Características Gerais do Serviço

1. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

2. Quantas equipes de Saúde da Família tem na sua unidade?

3. Número de Profissionais na Unidade por Categoria

***Especificar se pertence à equipe mínima, ao Nasf, residência multiprofissional em saúde da família ou preceptoria**

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Categoria Profissional	Número de Profissionais
Médico de Família	
Médico de outras especialidades (Especifique)	
Enfermeiro	
Dentista	
Psicólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Assistente Social	
Nutricionista	
Fonoaudiólogo	
Fisioterapeuta	
Farmacêutico	
Agente Comunitário de Saúde	
Auxiliar de enfermagem	
Técnico de enfermagem	
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	
Técnico em Saúde Bucal (TSB)	
Auxiliar de farmácia	

Recepcionista	
Auxiliar administrativo	
Auxiliar de serviços gerais	
Vigia	
Motorista	
Outros - especifique:	

4. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

5. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é:

Selecione um item para cada alternativa

Especialidades	Tempo de Espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não sabe	Não encaminha
Oftalmologia							
Otorrinolaringologia							
Ortopedia							
Gastroenterologia							
Cardiologia							

Neurologia							
Psiquiatria							
Geriatría							
Fisioterapia							
Psicologia							
Ginecologia e Obstetrícia							

6. O tempo de espera entre a marcação de exames e a realização deles

Selecione um item para cada alternativa

Exames	Tempo de Espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não sabe	Não encaminha
Ressonância Magnética							
Tomografia Computadorizada							
Ultrassonografia							
Raio x							
Mamografia							

7. Em relação ao número de consultas por categoria profissional realizadas NO ÚLTIMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Preencha a quantidade em números

Total de consultas médicas realizadas: _____

Total de consultas de enfermagem realizadas: _____

Total de consultas do dentista realizadas: _____

Total de consultas do fisioterapeuta realizadas: _____

Total de consultas do Terapeuta Ocupacional realizadas: _____

Total de consultas do Nutricionista realizadas: _____

Total de consultas do Psicólogo realizadas: _____

Total de consultas do Assistente social realizadas: _____

Total de consultas do Fonoaudiólogo realizadas: _____

II. Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos

8. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo
- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia
- 14) Sala de Arquivos
- 15) Observação importante quanto às instalações _____

9. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro
- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade
- 14) Sonar Doppler
- 15) Tensiómetro
- 16) Balança
- 17) Otoscópio
- 18) Termômetro
- 19) Observação importante quanto aos recursos _____

10. Quanto aos insumos e instalações da sala de vacina, pode-se dizer que a Unidade possui:*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Identificação adequada para a sala de vacina
- 2) Parede de cor clara, impermeável e de fácil higienização
- 3) Piso resistente, impermeável, antiderrapante e de fácil higienização
- 4) Pia com torneira e bancada de fácil higienização
- 5) Iluminação e arejamento adequados
- 6) Temperatura do ambiente entre 18° a 20°
- 7) Proteção adequada contra luz solar direta
- 8) Condições ideais de conservação
- 9) Informatização da sala de vacina
- 10) Mesa clínica e/ou cadeira para aplicação da vacina
- 11) Armário com porta para guarda de materiais
- 12) Materiais de consumo: álcool, algodão, papel toalha, sabão líquido
- 13) Refrigerador exclusivo

- 14) Termômetro de máxima, mínima
- 15) Caixas Térmicas
- 16) Caixa coletora de material perfurocortante com suporte
- 17) Profissional capacitado em sala de vacina e/ou rede de frio
- 18) Esta Unidade não dispõe de sala de vacina
- 19) Observação importante para a questão _____

11. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não realiza nenhum procedimento
- 13) Observação importante quanto aos procedimentos _____

12. Exames feitos e/ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Ultrassonografia
- 8) Outros - especifique: _____
- 9) Não realiza nenhum exame
- 10) Observação importante quanto aos exames _____

13. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

14. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta Frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
Para IST				

Para Diabetes				
Para Hipertensão Arterial				
Para dislipidemias				
Antibióticos mais utilizados				
Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
Para Hanseníase				
Para Tuberculose				
Anticoncepcionais Orais e Injetáveis				
Contracepção de emergência				
Ácido Fólico				
Sulfato ferroso				
Verminoses				
Antitérmicos				
Analgésicos				
Não dispensa medicamentos				
Observação importante quanto aos medicamentos				

III. Organização da Atenção à Saúde

III. 1 Educação em Saúde

15. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de IST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)

- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período
- 16) Observação importante para a questão _____

16. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”) são:
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como IST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade
- 9) Observação importante para a questão _____

17. As estratégias de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) IST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras - especifique: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período
- 15) Observação importante para a questão _____

18. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (IST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde
- 9) Observação importante para a questão _____

III. 2 Organização da Assistência

19. As CONSULTAS GERAIS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea
- 5) Observação importante para a questão _____

20. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Atendimento por ordem de chegada
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

21. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados
- 10) Outras, especifique _____

22. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
- 14) Não se faz convocação de faltosos

23. Se no momento da consulta, o profissional verifica a necessidade de atendimento com especialista, como é feita a marcação/encaminhamento de consultas para outras especialidades?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria unidade, no momento do atendimento com referência da Atenção Básica e solicitação de transporte

- 2 No momento do atendimento com referência da Atenção Básica e sem solicitação de transporte
- 3 Direciona o paciente para outro nível de atenção sem referência
- 4 Não encaminha o paciente
- 5) Outros, especifique _____

24. É realizado apoio matricial nesta Unidade?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Se sim, para quais especialidades _____
- 4) Observação importante para a questão _____

25. O apoio matricial tem potencializado a capacidade resolutiva da equipe de saúde da família?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Observação importante para a questão _____

III 3. Saúde Da Mulher

26. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de IST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de IST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher
- 11) Observação importante para a questão _____

27. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncótica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolau
- 6) Durante o pré-natal, o profissional marca o exame para gestantes
- 7) Serviço não realiza esse exame
- 8) Observação importante para a questão _____

28. Em relação ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sobre sinais de alerta
- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama
- 7) Outros, especifique _____

29. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado
- 7) Outros, especifique _____

30. Diante de um resultado teste de gravidez, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (positivo e negativo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré conceptivos ou contracepção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade
- 7) Outro, especifique _____ 0

31. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

32. Na atenção ao Pré natal, quais das seguintes ações são realizadas de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) Registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária, no prontuário e ficha pré-natal
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) Consultas semanais entre o último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
- 5) Prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Solicitação de exames de rotina
- 7) Encaminhamento para sala de vacina quando necessário
- 8) Encaminhamento para exame de papanicolaou
- 9) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 10) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 11) Orientações sobre o parto normal e humanizado

- 12) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 13) Avaliação das condições de trabalho
- 14) Prevenção de transmissão vertical de IST (sífilis e HIV)
- 15) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 16) Indicação para participação de grupos educativos para gestantes
- 17) Inclusão do parceiro
- 18) Outros - especifique: _____
- 19) Não realiza o Pré Natal
- 20) Observação importante para a questão _____

33. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Não realizamos atividades educativas com gestantes
- 7) Outros, especifique _____

34. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto
- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
- 5) Outros, especifique _____

35. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
- 7) Observação importante para a questão _____

36. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
- 5) Observação importante para a questão _____

37. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) ou na visita domiciliar abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)

- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras - especifique: _____
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

38. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado antes
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio
- 9) Outras, especifique _____

39. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, no último ano, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
- 5) Observação importante para a questão _____

40. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica
- 9) Observação importante para a questão _____

41. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica
- 13) Observação importante para a questão _____

III. 4 Saúde da Criança e do Adolescente

42. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Ações de Imunização
- 17) Saúde Bucal
- 18) Outras Quais: _____
- 19) Não realiza atividades planejadas para crianças

43. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças
- 6) Observação importante para a questão _____

44. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

45. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos

- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil
- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

46. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades física
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Saúde Bucal – Incluído
- 14) Outros - especifique: _____
- 15) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 16) Observação importante para a questão _____

47. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de IST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

48. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

12) Outros, especifique – Inserido

III.5 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

49. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) Saúde Bucal
- 15) IST, HIV/aids e hepatites virais
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos
- 18) Observação importante para a questão _____

50. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Solicitação periódica de exames
- 5) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 6) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 7) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 8) Orientação de atividades físicas
- 9) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 10) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 11) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 13) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 14) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas
- 16) Outros, especifique _____

51. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para serviço de referência
- 2) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 3) Discute o caso com supervisão externa
- 4) Realiza busca ativa
- 5) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 6) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 7) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

8) Outros, especifique _____ - Inserido

52. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras, especifique _____
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial
- 15) Observação importante para a questão _____

53. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física
- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II
- 15) Outros, especifique _____

54. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) IST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência
- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Saúde Bucal
- 14) Outras - especifique: _____

15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

55. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e IST/AIDS
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar
- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Saúde Bucal
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não existem atividades específicas para idosos

56. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos
- 12) Observação importante para a questão _____

57. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

58. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a) ou enfermeiro
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário

- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Orientações e acompanhamento dos cuidadores
- 13) Orientações e cuidados para manutenção da integridade da pele
- 14) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 15) Outras, especifique _____
- 16) Não realizamos cuidados no domicílio

III.6 Vigilância em Saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

59. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

60. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE IST/AIDS realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada
- 10) Observação importante para a questão _____

61. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Outros, especifique _____
- 5) Não distribuimos preservativos nesta Unidade

62. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de Infecções Sexualmente Transmissíveis, (IST/aids), são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático da IST (sífilis)
- 7) Investigação etiológica e tratamento da IST (sífilis) na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais

- 11) Outros - especifique: _____
 12) A Unidade não atende IST/AIDS

63. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C e sífilis a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivo os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites
- 6) Outros, especifique _____

64. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento na Unidade de referência e acompanhamento dos casos na própria unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
- 9) Outros, especifique _____

65. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Outros, especifique
- 15) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose
- 16) Observação importante para a questão _____

66. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Exame dermatoneurológico e prevenção de incapacidades

- 14) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 15) Outros, especifique _____
- 16) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase
- 17) Observação importante para a questão _____

67. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Outros, especifique
- 14) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências
- 15) Observação importante para a questão _____

68. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Outros, especifique _____
- 12) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador
- 13) Observação importante para a questão _____

69. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool e outras drogas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as IST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda
- 18) Observação importante para a questão _____

70. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica
- 14) Observação importante para a questão _____

71. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Outros, especifique _____
- 6) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos
- 7) Observação importante para a questão _____

72. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de apoio
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) CAPS Geral
- 4) CAPS AD
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 7) CAPS i
- 8) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 9) Comunidades Terapêuticas
- 10) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 11) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 12) Consultório na Rua
- 13) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 14) Outros Quais: _____
- 15) Não possui rede de apoio
- 16) Não atendemos esse tipo de demanda
- 17) Observação importante para a questão _____

III.7 Saúde Bucal

73. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

74. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

75. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV. GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

76. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)

- 2) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 3) Sistema de informação próprio do município
- 4) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 5) SIS Pré Natal
- 6) Sistemas de informação de monitoramento das IRAS e diarreias
- 7) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 8) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

77. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou “extras”
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

78. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento
- 4) Observação importante para a questão _____

79. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade
- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município
- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local
- 8) Outros, especifique _____

80. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência
- 5) Outros, especifique _____

81. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade

- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Outros, especifique _____
- 7) Não realizou nenhum tipo de levantamento

82. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior
- 7) Observação importante para a questão _____

IV.2 Características do Processo Gerencial

83. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

84. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Outras, especifique _____
- 7) Não ocorreram reuniões
- 8) Observação importante para a questão _____

85. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Propostas Terapêuticas de autocuidado dos profissionais
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não ocorreram reuniões

86. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	Não tem o Profissional	Educação Permanente	Cursos, Treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/Técnicos em Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de higiene bucal							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários de Saúde							
Profissionais Administrativos							
Outros Profissionais							
Quais temas:							

87. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do Conselho Local de Saúde (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do Conselho Local de Saúde
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- 7) Realização de pré Conferências à Conferência Municipal de Saúde
- 8) Outros - especifique: _____
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

88. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde

- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

89. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 17) Outros Quais: _____
- 18) Não existem obstáculos importantes
- 19) Observação importante para a questão _____

90. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
- 2) Médicos
- 3) Enfermeiros
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Equipe toda de profissionais
- 6) Secretário (a) Municipal de Saúde
- 7) Outros Quais: _____

91. Observações / Sugestões / Críticas:

ANEXO B – Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0102/2018

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC, intitulado: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ A PARTIR DO QUALI-AB, desenvolvido por Raissa Mont'Alverne Barreto sob orientação da profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral autoriza a coleta de informações nos Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-CE. Os participantes do estudo serão os gerentes e profissionais da saúde que compõem as equipes de saúde da família dos CSF. Para coleta será aplicado um instrumento QualiAB com gerentes e profissionais dos CSF. Ademais, a coleta contará ainda com uma entrevista semiestruturada com os gerentes na intenção de captar informações sobre a percepção destes atores quanto ao processo avaliativo e possíveis impactos provocados. Salienta-se a necessidade de pactuação prévia entre a pesquisadora e a gerência dos serviços envolvidos quanto aos melhores dias e horários para a coleta de informações do estudo.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência junto a todos os participantes da pesquisa, devendo estes serem convidados a participar e/ou autorizar a participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 13 de Agosto de 2018

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ A PARTIR DO QUALIAB

Pesquisador: IZABELLE MONTALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96184318.9.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.027.002

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação referente ao Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. É uma Pesquisa relevante e com vasta aplicação acadêmica e prática. Consiste numa pesquisa avaliativa sob as abordagens quantitativa e qualitativa. Para coleta dos dados quantitativos será realizada a aplicação de uma adaptação do Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualIAB), com os gerentes e equipes de saúde da família. Este instrumento foi desenvolvido e validado em São Paulo com o objetivo de favorecer o debate sobre os processos de trabalho instituídos na Atenção Primária à Saúde, de modo a permitir tanto a identificação de qualidades como de obstáculos a superar, assim como uma reflexão crítica sobre os padrões de qualidade adotados. Em relação aos dados qualitativos, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com gerentes das Unidades Básicas de Saúde a fim de coletar informações sobre a percepção destes atores quanto ao processo avaliativo e possíveis impactos decorrentes deste processo para o aprofundamento sobre o tema avaliação em saúde na Atenção Primária. Para análise dos dados qualitativos será realizada análise de conteúdo de Bardin com o suporte do software N Vivo11, e para análise dos dados quantitativos serão utilizadas técnicas de estatística descritiva simples, a partir da tabulação, processamento dos dados e produção das tabelas pelo programa Excel.

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.027.002

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde em Sobral, Ceará por meio da adaptação do Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)

Objetivo Secundário:

- Verificar a estrutura disponível das Unidades Básicas de Saúde para a realização das atividades previstas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB);
- Identificar, a partir do processo de trabalho dos profissionais, as ações realizadas, como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Básica pelo SUS;
- Conhecer a percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre o processo avaliativo e os possíveis impactos provocados na equipe de saúde da família decorrentes deste processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os Riscos caracterizados como mínimos são apresentados e descritos no projeto bem como no TCLE. As formas de minimizar esses riscos também são descritas.

Os benefícios são apresentados de forma clara, sendo estes superiores aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a saúde coletiva. As recomendações emitidas em parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos são apresentados e em conformidade.

Recomendações:

Recomendo aprovação deste projeto, bem como ao final desta pesquisa envio de relatório para este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projetos sem conflitos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Endereço: Av. Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.027.002

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1201066.pdf	17/09/2018 15:48:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS.pdf	17/09/2018 15:47:45	IZABELLE MONTALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ok_RAISSA.pdf	17/09/2018 15:47:21	IZABELLE MONTALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Final_SICC.pdf	17/08/2018 10:14:13	IZABELLE MONTALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	Images.pdf	17/08/2018 10:07:01	IZABELLE MONTALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SOBRAL, 20 de Novembro de 2018

Assinado por:

Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Gestores

- 1) Como foi a experiência em participar desse processo avaliativo?
- 2) Você acha que ele causou algum impacto para você e a equipe de saúde?
- 3) A partir do processo avaliativo realizado, o que você considera como potencialidade e fragilidade no processo de trabalho da sua Unidade Básica de Saúde?
- 4) Na sua Unidade Básica de Saúde é realizada alguma avaliação e monitoramento das ações realizadas? Se sim, como é feita e com qual periodicidade?
- 5) Você tem alguma sugestão sobre o processo de avaliação da APS?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Gestores

Prezado (a)

Eu, Raissa Mont' Alverne Barreto, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, Ceará a partir do QualiAB” convido os senhores (as) para participarem deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde em Sobral, Ceará por meio da adaptação do instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Para sua realização será realizada uma entrevista semiestruturada com o gerente da presente Unidade Básica de Saúde do município.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, no que concerne à realização de entrevistas, como a exposição da imagem, constrangimento ao responder as questões estabelecidas na entrevista, vazamento de dados e informações. Todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos; esclarecimento de que o participante poderá se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento, bem como a escolha do local de realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante.

A pesquisa apresenta ainda benefícios no que se refere ao compromisso de devolver os resultados ao serviço, bem como aos profissionais envolvidos, além de identificar situações passíveis de mudanças e que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa respondendo a uma entrevista semiestruturada sobre o tema proposto que será gravada se o(a) senhor(a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para

pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Professor Sabóia, 137, Junco, Sobral - Ceará. Telefone: (88)999192436. E-mail: raissinha@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Raissa Mont' Alverne Barreto

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestores e Profissionais de saúde da Estratégia Saúde Da Família

Prezado (a)

Eu, Raissa Mont' Alverne Barreto, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, Ceará a partir do QualiAB” convido os senhores (as) para participarem deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde em Sobral, Ceará por meio da adaptação do instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Para sua realização será aplicado um questionário adaptado (QualiAB) com o gerente da Unidade Básica de Saúde e a equipe de saúde da família.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, no que concerne à aplicação do questionário, como a exposição da imagem, constrangimento ao responder as questões estabelecidas no questionário e vazamento de dados e informações. Todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos; esclarecimento de que o participante poderá se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento, bem como a escolha do local de realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante.

A pesquisa apresenta ainda benefícios no que se refere ao compromisso de devolver os resultados ao serviço, bem como aos profissionais envolvidos, além de identificar situações passíveis de mudanças e que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa respondendo a um questionário adaptado (QualiAB) sobre o tema proposto. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para

pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Professor Sabóia, 137, Junco, Sobral - Ceará. Telefone: (88)999192436. E-mail: raissinha@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, situado na Avenida Comandante Maurocéllo Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Raissa Mont' Alverne Barreto

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante