

Avanços e obstáculos na organização de serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno e médio porte do interior paulista

Advances and obstacles in the organization of primary health care services in small and medium-sized municipalities in the interior of São Paulo state

Thais Fernanda Tortorelli Zarili

Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: thaisftzarili@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0690-2334>

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: elen@fmb.unesp.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4587-7573>

Luceime Olivia Nunes

Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu.

E-mail: olivia.nunes@unesp.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6505-1800>

Patrícia Rodrigues Sanine

Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: patsanine@yahoo.com.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7668-0327>

Carolina Siqueira Mendonça

Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: siqueira.carol@uol.com.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2697-4992>

Maria Ines Battistella Nemes

Professora Associada II do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

E-mail: mibnemes@usp.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2418-6028>

Adriano Dias

Professor Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

E-mail: adias@fmb.unesp.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6895-372X>

Resumo

Objetivos: O objetivo do estudo é apresentar as mudanças no desempenho de indicadores de organização de serviços de atenção primária entre 2007 e 2010, identificadas por pesquisa avaliativa que utilizou o Questionário QualiAB. **Métodos:** Há a comparação de 61 indicadores em 326 serviços de 91 municípios do interior paulista. Os indicadores são analisados segundo as dimensões Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde pelos Teste de Mediana para o conjunto de serviços, Teste Qui-quadrado e Variação Percentual para cada indicador. **Resultados:** O conjunto de serviços obteve melhora significativa ($p=0,0273$), assim como 17 indicadores (Gestão e Gerenciamento Local = 3; Gestão da Atenção à Saúde = 14). Cinco indicadores apresentaram piora (Gestão e Gerenciamento Local = 3; Gestão da Atenção à Saúde = 2). **Conclusões:** A avaliação pode contribuir com a qualificação e valorização da atenção primária estimulando questionamento crítico das práticas para fortalecimento do sistema de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde, Estudo Comparativo.

Abstract

Objectives: The aim of this study is to present changes in the indicators performance of primary care services organization between 2007 and 2010, identified by evaluative research that used the QualiAB Questionnaire. **Methods:** There is a comparison of 61 indicators in 326 services of 91

municipalities in the interior of São Paulo. The indicators are analyzed according to the dimensions of Local Management and Health Care Management by the Median Test for the set of services, Chi-square test and Percentage Variation for each indicator. Results: The set of services obtained a significant improvement ($p = 0.0273$), as well as 17 indicators (Local Management = 3; Health Care Management = 14). Five indicators presented

worsening (Local Management = 3; Health Care Management = 2). Conclusions: Evaluation can contribute to the qualification and valorization of primary care, stimulating critical questioning of practices to strengthen the health system.

Keywords: Health Evaluation , Health Services, Primary Health Care, Health Management, Comparative Study.

Introdução

É reconhecida a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) em promover maior efetividade dos sistemas de saúde, uma vez que suas ações permitem avanços na integralidade do cuidado, promovem impacto nas condições de saúde, além de serem mais eficientes^{1,2,3} e capazes de ordenar as redes de atenção à saúde⁴.

O processo de municipalização e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao lado de políticas de incentivo possibilitaram a expansão da rede básica. Entretanto, esse processo se deu num cenário político-institucional bastante heterogêneo, sujeito a constantes disputas entre projetos de saúde, muitas vezes antagônicos, com reflexos nos recursos disponibilizados e no próprio modelo de atenção implementado, contribuindo para ocorrência de discontinuidades entre as proposições do SUS e sua efetivação em ações nos serviços⁵, discussão atual e pertinente no contexto brasileiro.

É preciso ampliar o conhecimento sobre as práticas em curso, acumulando elementos

científicos, técnicos e políticos que subsidiem processos de mudança e que possam ser apropriados pelos diferentes atores envolvidos de modo crítico e consciente^{3,6,7}.

A qualidade organizacional dos serviços de saúde e a medição de variáveis de estrutura e processo como preditores dos resultados esperados têm sua importância reconhecida por diferentes estudos internacionais^{8,9,10} e nacionais^{11,12,13,14,15}, e vem sendo avaliada por meio de diferentes instrumentos^{6,16}, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁷, que abrange serviços de todos os municípios brasileiros, o PCA-Tool¹⁴ e o QualiAB¹⁵.

O cenário de múltiplos investimentos e incentivos a modificações no processo de trabalho¹⁸, somado à incorporação de novas tecnologias e às alterações no perfil de demanda dos usuários, colocam a qualidade organizacional dos serviços de APS como um foco privilegiado para avaliação. A organização do processo de trabalho representa a dimensão mais estruturada do

trabalho e ainda que não contemple toda sua complexidade, permite uma aproximação com o modelo de atenção executado e a identificação da necessidade de mudanças que se encontram sob governabilidade local.

Para além dos determinantes políticos, a organização dos serviços de saúde na APS, em especial o processo de trabalho, é simultaneamente condicionada pelas práticas dos diferentes profissionais e pelas tecnologias de cuidado individual e coletivo^{14,19,20}.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar as mudanças no desempenho de indicadores de qualidade organizacional de serviços de APS, considerando o monitoramento realizado pelo Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB - como ferramenta de gestão, propondo e refutando a importância do acompanhamento de indicadores de processo na APS.

Material e método

Pesquisa avaliativa para comparação dos resultados das aplicações em 2007 e 2010 do QualiAB, o qual avalia a dimensão organizacional das ações realizadas em serviços de APS, a partir de respostas dadas pela equipe local em parceria com o Programa Articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo^{11,15,21}.

As aplicações do QualiAB contaram com universos distintos e para avaliar as mudanças

entre esses dois períodos, as unidades foram pareadas utilizando-se como critérios: 1) ter o mesmo nome; 2) ter o mesmo endereço e número no C a d a s t r o N a c i o n a l d e Estabelecimentos de Saúde (CNES) ou 3) ter nome, endereço e CNES iguais.

A versão utilizada do QualiAB possui 85 questões de auto resposta e avalia a qualidade organizacional da APS^{10-11,15}. Extraiu-se 61 indicadores, divididos em duas dimensões: 1) *Gestão e Gerenciamento Local* (28 indicadores) no qual há os indicadores de estrutura, avaliação e planejamento, e 2) *Gestão da Atenção à Saúde* (33 indicadores) que concentra os indicadores de processo relacionados às ações que incidem diretamente sobre pessoas atendidas nos serviços e na comunidade.

O instrumento utiliza três níveis de pontuação: 0 (insuficiente), 1 (aceitável) e 2 (padrão esperado). Os indicadores são construídos a partir da composição das alternativas de cada questão, definindo assim indicadores simples (a partir de questões com uma única escolha) e compostos (quando se referem a questões que permitem assinalar várias alternativas)^{11,15}.

A análise comparada do conjunto de serviços foi feita pelo Teste de Mediana, utilizando-se as medianas dos indicadores em 2007 e 2010. O Teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar o nível de significância da mudança no desempenho dos indicadores e Variação Percentual (VP) avaliou a tendência de mudança em relação aos padrões – “insuficiente” (0),

“aceitável” (1) ou “esperado” (2) - demonstrando por meio da variação positiva ou negativa o comportamento do indicador.

Os testes de Mediana e Qui-quadrado foram realizados por meio do programa SAS® 9.3, considerando $p \leq 0,05$ e IC 95%. A VP foi realizada utilizando o programa Microsoft Excel®.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho sob o parecer 420.887 em 09 de outubro de 2013.

Resultados

Foi avaliada a mudança no desempenho na aplicação do Quali AB em 326 serviços localizados em 91 municípios de nove Regiões de Saúde, de um total de 131 municípios existentes nessas regiões, sendo que 224 (68,7%) em municípios com menos de 50 mil habitantes²².

Os serviços possuem arranjos organizacionais heterogêneos em relação à composição das equipes, observando-se a migração de unidades com modelo tradicional (UBS) para serviços organizados como ESF e como UBS com ACS (Tabela 1 em anexo).

Em relação ao desempenho do conjunto de serviços avaliados e os níveis de pontuação entre 0 e 2, houve melhora significativa do desempenho segundo o Teste de Mediana, com $p = 0,0273$, no qual a mediana passou de 1,26 em 2007 para 1,33 em 2010, conforme a Figura 1.

Dos 61 indicadores analisados, 22 apresentaram mudanças estatisticamente significativas pelo Teste de Qui-quadrado. A Tabela 2 apresenta a frequência de resposta e a VP para os indicadores com $p < 0,05$, segundo as dimensões avaliativas e a tendência de piora ou melhora dos indicadores.

A frequência de resposta permite compreender o desempenho dos indicadores quanto à pontuação, no entanto, por meio da VP é possível analisar comparativamente o deslocamento da pontuação obtida por esses indicadores, o que revelou em ambas as dimensões, uma tendência à melhora, com destaque para a dimensão *Gestão da Atenção à Saúde*.

Na Tabela 2 observa-se que 17 indicadores apresentaram tendência de melhora, sendo três relacionados à dimensão *Gestão e Gerenciamento Local* e 14 à dimensão *Gestão da Atenção à Saúde*, onde 16 apresentaram deslocamento para a pontuação 2 e somente o indicador “Exames feitos na unidade” houve a VP mais acentuada na pontuação 1.

Houve cinco indicadores com tendência de piora, três da dimensão *Gestão e Gerenciamento Local* e dois da *Gestão da Atenção à Saúde*.

Apresenta-se na Tabela 3 os indicadores que não apresentaram diferenças significativas referentes à dimensão *Gestão e Gerenciamento Local*, no qual 11 indicadores com valores de VP positiva possuem deslocamento para as pontuações 1 ou 2. Cinco indicadores

apresentaram piora no desempenho, com deslocamento para a pontuação 0.

Apresenta-se na Tabela 4 os indicadores que não apresentaram diferenças significativas referentes à *Gestão da Atenção à Saúde*, no qual há o deslocamento de 11 indicadores para as pontuações 1 ou 2, e 12 indicadores para pontuação 0. Sendo que a maioria (10) possuem VP negativa para a pontuação 1, distribuindo principalmente para pontuação 0.

Discussão

As aplicações do QualiAB nos anos de 2007 e 2010 foram baseadas em indicadores que abrangem um conjunto diversificado de ações e que procuraram aproximar-se da amplitude e complexidade do conjunto de atividades que hoje se encontram sob responsabilidade da APS. As mudanças identificadas no modo como as ações estão organizadas, refletem, em linhas gerais, as tendências de reorganização das práticas e do modelo de atenção operado.

Houve tendência de mudança dos indicadores considerados insuficientes em 2007, em especial, daqueles relacionados à *Gestão da Atenção à Saúde*. Enquanto indicadores de processo, pode-se esperar que esses indicadores sejam mais sensíveis às políticas públicas, podendo ser considerados preditores de resultados, desde que mantenham o padrão esperado a médio e longo prazo^{15,19,23}.

O período do estudo foi marcado pelo crescimento do campo da avaliação da APS^{24,25},

de medidas de apoio e incentivo à melhoria dos serviços de APS²⁶ e ao processo de regionalização²⁷. Além das medidas de âmbito nacional, no estado de São Paulo foi implantado em 2009 um programa de apoio técnico e incentivo financeiro para o desenvolvimento da APS para os municípios de pequeno porte, como parte de uma política de qualificação dos serviços²¹.

Historicamente o estado de São Paulo já possuía uma rede de serviços de APS relativamente extensa e organizada nos moldes tradicionais anteriormente à implantação da ESF²⁸, o que em parte explica o fato desse estado manter-se ainda hoje como o segundo com menor cobertura de ESF no país²⁹.

Dimensão Gestão e Gerenciamento Local

Os indicadores que apresentaram melhora significativa referem-se principalmente a maior disponibilidade de insumos – vacinas, exames feitos e métodos contraceptivos, o que representa uma melhoria no acesso e na capacidade de resposta das unidades de APS. Com relação à composição de cada indicador: “vacinas aplicadas na unidade”, é composto pela relação de vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde; o aumento dos exames feitos na unidade é definido pela ampliação de acesso ao teste de gravidez, teste rápido para HIV, eletrocardiograma, entre outros; e a ampliação da oferta de métodos contraceptivos, inclui acesso ao D I U, contraceptivos injetáveis e camisinha feminina, além dos mais tradicionais, como preservativo masculino e contraceptivos orais. Apesar de não

apresentar significância estatística, os exames colhidos, que se refere a exames clínicos laboratoriais, teste do pezinho, Papanicolau, material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina), linfa para baciloscopia para hanseníase, e biópsias (colo, vulva, pele, outros) também são mais frequentes em 2010. Contudo, a disponibilidade de medicamentos apresentou piora, o que demonstra diminuição do acesso regular ao conjunto de medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

Entretanto, há a piora dos indicadores relacionados ao processo de definição do território e ao uso dos dados de produção da unidade e epidemiológicos para avaliação e planejamento, assim como as ações desencadeadas pelos processos de avaliação. Esses indicadores são essenciais para o bom desempenho dos serviços de APS, especialmente a médio e longo prazo, pois representam o reconhecimento ativo das características e necessidades potenciais da comunidade e a contínua adequação das ações a serem oferecidas³⁰. Ainda que, apesar de não significativo, houve um aumento das estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde para o padrão esperado, porém ainda incipiente.

A piora no “tempo médio de espera entre o agendamento e a consulta médica para adultos” indica a dificuldade de acesso ao atendimento médico, relacionada muitas vezes à carência desse profissional, em geral com alta rotatividade em municípios de pequeno porte³¹, mas também

aponta dificuldades de administração da agenda médica, ainda que o indicador “Estratégias de agendamento da consulta médica” tenha apresentado melhora, contudo muitas vezes está sobrecarregada e com um grande número de faltosos. Outra questão com relação ao acesso ao atendimento médico presente em muitos municípios refere-se à desproporção entre número de médicos e o número de habitantes na área de cobertura dos serviços³².

Houve a melhora, ainda que não significativa, nos indicadores “Periodicidade das reuniões de equipe”, “Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários”, “Dados registrados de rotina”, “Mecanismos de integração da unidade com o nível central” e “Temas abordados nas reuniões de equipe”. O aperfeiçoamento do registro nos sistemas de informação e recursos para a reclamação dos usuários corrobora com a estruturação de um panorama da demanda atendida que possibilita o uso destas informações para planejamento local e avaliação. O planejamento em espaços como as reuniões de equipe empreende a compreensão de uso deste para além de questões burocráticas e sim para reflexão crítica do trabalho, avaliação das ações, discussões de caso e olhar sobre o processo de trabalho.

Outras ações como “Atividades em sala de espera” preconizam para além de exposição de recursos de educação em saúde impressos e audiovisuais ações ativas e construídas em conjunto com a comunidade, aprimorando sua capacidade de sucesso.

A diversidade de “Profissionais capacitados (congressos, treinamentos) no último ano”, independentemente de sua função dentro do trabalho da equipe, reflete no investimento e na valorização destes e corrobora com a ampliação do conhecimento, satisfação do trabalhador e reflexão sobre suas práticas.

A “Presteza na avaliação dos resultados de exame” representa um indicador potente em aspectos de vigilância, valorizando que os exames devam ser avaliados precocemente para avaliação da necessidade de convocação de acordo com critérios de risco e necessidade de intervenção precoce.

Obteve-se piora dos indicadores “Temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde” e “Carga horária do gerente ou responsável local”. Há o desafio na efetivação dos conselhos locais de unidade como espaços críticos e participativos, com abordagem de diferentes temas como problemas relativos ao atendimento, planejamento de atividades educativas, direitos e responsabilidades dos conselheiros. A carga horária do gerente está intimamente ligada, em muitos casos, com o agregar das ações assistenciais, causando descontentamento e sobrecarga.

Dimensão Gestão da Atenção à Saúde

Houve piora, não significativa, do indicador “Diversidade de programas desenvolvidos”. Pode-se discutir se há efetivamente a inexistência de ações para esses programas (Mulher, Criança,

Adulto, Adolescente, Idoso, Bucal e Mental) ou uma alienação das ações que a equipe realiza, desconhecendo o público-alvo e o contexto em que as atividades se fundamentam.

Em relação às ações de educação em saúde houve ampliação dos temas abordados na unidade e piora das ações na comunidade. As temáticas discutidas nas ações “extramuros” concentram-se nas propostas difundidas nacionalmente pelo Ministério da Saúde na forma de campanhas, como as relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da aids. Ainda que as campanhas tenham um importante papel na difusão de medidas de prevenção e promoção de hábitos saudáveis, apresentam limites quanto a mudanças de comportamentos, fazendo-se necessário a utilização de metodologias participativas e problematizadoras³³. A baixa incorporação de atividades de educação na comunidade vem sendo observada em outros trabalhos, como no estudo de linha de base na região Nordeste e Sul que verificou que apenas 63% dos serviços realizam educação em saúde junto à comunidade³⁴. Já a maior diversidade nos temas de educação em saúde trabalhados com usuários, embora limitada em relação ao alcance da população “não usuária”, potencializa a capacidade de autocuidado e a legitimidade e maior vínculo com o serviço, uma vez que possibilita o uso de ações mais participativas e com intervenção mais direta dos usuários.

Outro indicador com piora no desempenho foi a diversidade do público alvo para atenção

odontológica. Contrariando a ampliação do acesso preconizada pela Política Nacional de Saúde Bucal – [Programa Brasil Sorridente](#)³⁵, aproximadamente 17% das unidades em 2010 não contavam com o cirurgião dentista na equipe. Para além da carência desse profissional, observou-se uma tendência em orientar o atendimento apenas para as demandas agudas e por livre demanda, secundarizando a atuação em grupos como crianças e adolescentes, gestantes e idosos. A inclusão da atenção a todas as faixas etárias e a possibilidade do atendimento de queixas agudas representa uma ampliação do acesso. Entretanto, quando a livre demanda se torna o principal critério tende a se estabelecer um modelo de atenção focado no pronto atendimento, sem a perspectiva de cobertura dos diferentes segmentos populacionais. Corroborando a esse achado, o indicador “Ações da equipe de saúde bucal” que compreende a diversidade de ações exercidas pela equipe de saúde bucal também apresentou piora.

Em relação às alternativas para atendimento à demanda espontânea inclui, além da consulta médica no mesmo dia, a consulta de enfermagem, a orientação por técnico de enfermagem, com supervisão, e o agendamento de consultas individuais e em grupo.

Em relação ao trabalho dos enfermeiros, foi valorizada a realização de consultas de enfermagem, atenção em grupo, visitas domiciliares, acolhimento de casos novos,

supervisão da equipe, participação do conselho local de saúde, para além de outras atividades de rotina. O melhor desempenho das “atividades de rotina realizadas pelos enfermeiros” e “Atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem” indica uma ampliação das atividades de assistência direta e de coordenação das equipes por esse profissional. Contudo, a Tabela 4 refere que o indicador “Atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem” obteve piora, o qual podemos inferir duas razões para tal, como a ampliação das atividades do enfermeiro acarretando a redução das atribuições do auxiliar/técnico, ou uma mudança do perfil das atividades que limitou suas ações para outras específicas, tendo por base sobrecarga de trabalho.

A melhoria dos critérios para “convocação de faltosos” representa uma medida de ampliação das ações de vigilância em saúde. Inclui a convocação de gestantes, puérperas, recém-nascidos de risco, hipertensos e diabéticos - segundo condição de risco, resultados de exames alterados, vacinação, pacientes com tuberculose e os com hanseníase, entre outras condições que requeiram acompanhamento. O mesmo ocorre com as “Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória”.

Todos os indicadores diretamente relacionados à Saúde da Mulher que apresentaram mudanças significativas apontaram tendência de melhora, sendo três deles relacionados à atenção à gestante. Ampliou-se o número de serviços que solicitam exames de pré-natal de

acordo com o protocolo para a gestantes de baixo risco, com destaque para o pedido de sorologias para sífilis e aids no primeiro e terceiro trimestres. Com relação às infecções sexualmente transmissíveis, para além da atenção ofertada às gestantes, para outros indivíduos em geral também houve melhoras das ações como encaminhamento (quando necessário), diagnóstico e tratamento, aconselhamento para uso de camisinha e testagem sorológica.

Contudo, algumas ações tradicionais apresentaram piora, como “Critério para dispensação de preservativos masculinos”, “Proporção de gestantes com Início do Pré-natal no primeiro trimestre” e “Presteza na inscrição do pré-natal”. Para além da restrição do acesso ao preservativo masculino, a inserção no pré-natal precoce é um grande fator para diagnóstico precoce de alterações e condições de risco e vulnerabilidades³⁶.

Continuando a atenção ao pré-natal, após o evento do parto há uma maior valorização da consulta de revisão imediata do que a consulta pós-parto tardia com relação ao seu agendamento, o que interfere também no cuidado da criança para a manutenção dos cuidados, vigilância sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, aspectos nutricionais, imunização e sobre condições de riscos e vulnerabilidades³⁶.

Mesmo não tendo significância estatística houve melhora quanto à rotina do seguimento

programático na atenção à criança, demonstrando um maior escopo de profissionais que atuam. Contudo, ações básicas como a aplicação da vacina BCG e o primeiro atendimento ao recém-nascido obtiveram decréscimo de seu desempenho, inferindo em menor acesso à população, e com grande impacto sobre a saúde da criança.

Entre as ações programadas de atenção à saúde da criança, destacam-se as medidas mais tradicionalmente realizadas na APS, como vacinação, avaliação de peso e altura e orientações sobre aleitamento materno e introdução de alimentos após o desmame. As ações em instituições de atenção a crianças, como creches e escolas, concentram-se na vacinação e educação em saúde bucal. Em relação à saúde do adolescente, destacam-se as orientações sobre sexualidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids, e também sobre o uso de drogas.

Observou-se também maior diversificação das atividades educacionais, com aumento do número de grupos de pré-natal ao lado de orientações em sala de espera entre outros. Em que pese a melhora observada, preocupa o fato de aproximadamente 15% dos serviços avaliados não atenderem pré-natal, situação já apontada por Sanine¹².

O indicador “diversidade de profissionais que coletam o Papanicolau” considerou, em 2010, como critério de avaliação a ampliação do acesso ao exame de acordo com a maior

variedade de profissionais responsáveis por sua realização, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos/ auxiliares de enfermagem, como parte da estratégia de ampliação da cobertura. Entretanto, a partir da resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 381/2011³⁷ a coleta de exame citopatológico de colo de útero (Papanicolau) passou a ser atribuição exclusiva do enfermeiro, não podendo mais ser executada por técnicos de enfermagem. Para além desse indicador, o critério para a coleta e a oferta periódica do exame também apresentaram melhora, diferentemente quando se trata dos critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de câncer de mama que apresentou piora.

Identificou-se um maior número de serviços que realiza diagnóstico e orientação de situações de violência contra mulher, refletindo uma maior sensibilização dos serviços de APS na abordagem dessa temática³⁸. Após uma avaliação inicial, essas unidades encaminham os casos para outros serviços, uma vez que a abordagem desse agravo exige uma atenção intersetorial. Entretanto, deve-se assinalar a necessidade de capacitar as equipes para que possam simultaneamente manter o acompanhamento desses casos, mesmo após o encaminhamento. Contudo, em 2010, 20% dos serviços não avaliavam ou não reconheciam essa temática como um problema de saúde.

Em relação à saúde do adulto e da pessoa idosa, houve melhora de dois indicadores. As ações programadas para a população adulta priorizam

a atenção às doenças crônicas, especialmente o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, com menor concentração de unidades que abordam outras condições relevantes como obesidade e uso de tabaco e álcool.

Considerações Finais

Apesar da melhora relativa dos indicadores de atenção à saúde do idoso, as ações programadas ainda abrangem um número limitado de serviços e priorizam a abordagem de temas como climatério e orientação sobre direitos da pessoa idosa, sendo que um terço dos serviços avaliados não desenvolvem nenhum tipo de atividade especificamente dirigida a esse grupo. Além da melhora dos indicadores apontados ser muito discreta, apesar da ampliação das normas e protocolos de atenção às pessoas idosas¹³, observa-se que outros aspectos sensíveis como, adaptação ao processo de envelhecimento (aposentadoria, entre outros), sexualidade e violência doméstica, não vêm merecendo atenção por parte dos serviços.

A concepção de modelo de atenção à saúde aqui adotada, refere-se àquela sintetizada por Paim, como representando “...combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas”³⁹, em outras palavras, a expressão “modelo de atenção à saúde” expressa a racionalidade que orienta a combinação de tecnologias utilizadas. Nesse sentido, e nos limites de uma abordagem

organizacional, é que se pode apontar algumas tensões identificadas no modelo de atenção à saúde no período estudado.

As mudanças observadas apontam um movimento positivo em relação ao modelo de atenção à saúde utilizado como padrão, representado pelas diretrizes da PNAB, mas, com a manutenção da supremacia do cuidado individual em relação à atenção ao coletivo. Houve avanços quanto ao acesso e qualidade técnica do cuidado para os usuários dos serviços – tanto em relação a insumos quanto à organização de ações de assistência, de educação e vigilância em saúde para os que se encontram em seguimento; ao mesmo tempo, houve mudanças negativas em relação ao trabalho com a comunidade quanto ao planejamento das ações, definição do território, e educação em saúde.

A utilização de sistemas de avaliação de auto resposta não associados a incentivos financeiros e de adesão voluntária, como o QualiAB, levanta dois tipos de questionamentos: pode favorecer a

participação de serviços já reconhecidos como “bons” e/ou respostas que reflitam o “desejável”, ou de maneira oposta, pode incentivar a adesão e respostas coerentes com as ações realizadas por não estar atrelado a nenhum mecanismo de punição ou premiação, revertendo em processos de planejamento e investimentos locorregionais para melhoria da qualidade. Assim, possibilita processos de monitoramento e de educação permanente, uma vez que pode propiciar às equipes momentos de discussão crítica sobre o trabalho com base em critérios e padrões de qualidade que permitam a identificação de problemas e estimulem a busca de alternativas de melhoria.

Agradecimentos

Agradecimento à coordenadora da Atenção Básica da SES SP no período estudado, Dr^a Marta Campagnoli Andrade, à toda equipe do Programa Articuladores da Atenção Básica/ SES SP e a todos os pesquisadores envolvidos nas aplicações do instrumento e participantes da equipe QualiAB.

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457–502.
2. Mendes, EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados* 2013; 27(78):27-34.
3. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MD dos A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saúde colet* [periódico na Internet]. 2015 June [acessado 2017 Dez 29];20(6): [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_arttext&lng=es
6. Fracoli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4851-4860.

7. Novaes HMD. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-59.
8. Goetz K, Hess S, Jossen M, Huber F, Rosemann T, Brodowski M, kunzi B, Szecsenyi J. Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. *BMJ Open*. [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2018 Jun 24];5(4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007443>
9. Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Engels Y, Van Den Hombergh P, Grol R. Organizational assessment in general practice: a systematic review and implications for quality improvement. *J Eval Clin Pract*. [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2018 Jun 24];11(4): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16011649>
10. Donabedian A. Special article: The quality of care : How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–8.
11. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. 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. *Saud Deb* 2014 Dec; 38(103):679-691.
12. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 10];34(6): e00094417. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00094417.pdf>
13. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária. *Rev Kairos Ger*. [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2018 Jun 29]; 20(2): [cerca de 23 p.]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/35055/24000>
14. Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J, Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Br Med Fam Com* [periódico na Internet]. 2013 Set [acessado 2017 Dez 23];8(29): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/823/585>
15. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS de, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saud soc*. [periódico na Internet]. 2011 Dec; [acessado 2017 Nov 15];20(4): [cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400011&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 197-241.
17. Brasil. Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União* 2015; 2 out.
18. Paim J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2018 Abr 13];377(9779): [cerca de 20 p.]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
19. Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2014.
21. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saude soc* [periódico na Internet]. 2011 Dec [acessado 2017 Dez 29]; 20(4): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/15.pdf>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Populacional do Estado de São Paulo*. Brasília: IBGE; 2010.
23. Lima RN. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7(24): 164-70.
24. Facchini LA. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1).
25. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CK de A, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1079-1095.
26. Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família –PROESF. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/proesf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

- ²⁷. Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2014.
- ²⁸. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saude soc.* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Aug 22]; 20(4): 912 - 926. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400009>.
- ²⁹. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em agosto de 2017.
- ³⁰. Gondim G et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf. Acesso em: 14 dez. 2016.
- ³¹. Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2018 Jan 08]; 22(4): [cerca de 19 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf>
- ³². Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul; 2013.
- ³³. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Coletiva* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2018 Jan 08];9(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>
- ³⁴. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS da, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* [periódico na Internet]. 2007 Mar [acessado 2018 Jan 08];7(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v07n1.pdf>
- ³⁵. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2004.
- ³⁶. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: . Acesso em: 14 dez. 2016.
- ³⁷.-Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n° 381/2011. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. Brasília: *COFEN*; 2011.
- ³⁸. Machado DF, McLellan KCP, Murta-Nascimento C, Castanheira ERL, Almeida MAS de. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência. *Rev. bras. educ. med* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2017 Set 29];40(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0511.pdf>
- ³⁹. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-491 (p.463).

Anexos

Tabela 1. Distribuição dos 326 serviços de APS segundo tipo de serviço autodeclarado, por ano de avaliação (2007 e 2010).

TIPO DE SERVIÇO	2007 (n,%)	2010 (n,%)
Unidade de Saúde da Família (USF)	118 (36,2%)	134 (41,1)
Unidade Tradicional (UBS)	153 (46,9%)	139 (42,6)
UBS com equipe de ESF	14 (4,3%)	6 (1,8%)
UBS com ACS	19 (5,8%)	26 (8,0%)
Outros	22 (6,7%)	21 (6,4%)

Fonte: QualiAB, 2007; 2010.

Tabela 2. Distribuição das frequências e variação percentual (VP) dos 22 indicadores com p valor < 0,05 segundo pontuação zero, um e dois (P0, P1 e P2), por dimensão, atribuídas a 326 serviços de APS do estado de São Paulo, avaliados em 2007 e 2010.

INDICADORES	P 0			P 1			P 2			p-valor ^a
	2007	2010	VP0 ^a	2007	2010	VP1 ^a	2007	2010	VP1 ^a	
DIMENSÃO: Gestão e Gerenciamento Local										
Tendência de piora										
Planejamento da área de abrangência	41	150	265,9	126	-	-100	156	176	12,8	<.0001
Uso dos dados de produção para planejamento	73	143	95,9	-	-	-	249	183	-26,5	<.0001
Tempo médio de espera entre o agendamento e a consulta médica para adultos	24	70	191,7	11	87	690,9	283	169	-40,3	<.0001
Tendência de melhora										
Vacinas aplicadas na unidade	117	83	-29,1	45	7	-84,4	157	236	50,3	<.0001
Exames feitos na Unidade	138	87	-37	149	207	38,9	34	32	-5,9	0,0016
Métodos anticoncepcionais disponíveis nos últimos 6 meses	77	48	-37,7	133	129	-3	114	149	30,7	0,0006
DIMENSÃO: Gestão da Atenção à Saúde										
Diversidade de temas em educação em saúde trabalhados na comunidade	57	92	61,4	94	89	-5,3	167	145	-13,2	0,0045
Público alvo da atenção odontológica ^c	66	85	28,8	101	109	7,9	-	-		0,0451
Tendência de melhora										
Diversidade de temas em educação em saúde na unidade	83	77	-7,2	142	117	-17,6	96	132	37,5	0,0255
Diversidade de oferta para atendimento à demanda espontânea	31	18	-41,9	61	61	0	230	247	7,4	0,0494
Grupos prioritários para convocação de faltosos	65	52	-20	74	63	-14,9	183	211	15,3	0,0416
Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro	40	19	-52,5	72	54	-25	211	253	19,9	0,0001
Diversidade de profissionais que coletam exame citopatológico de colo de útero (Papanicolaou)	268	22	-91,8	-	239		50	65	30	<.0001
Exames de rotina para as gestantes	171	78	-54,4	61	39	-36,1	90	209	132,2	<.0001
Sorologias de rotina solicitadas para sífilis e aids no pré-natal	38	47	23,7	110	58	-47,3	170	221	30	0,0232
Atividades educacionais para gestantes	120	91	-24,2	36	50	38,9	167	185	10,8	0,0328
Diagnóstico e orientação para mulheres em situação de violência	82	66	-19,5	199	207	4	39	53	35,9	0,0456
Diversidade de ações de rotina para atenção à saúde da criança	68	25	-63,2	64	98	53,1	186	203	9,1	0,0016
Participação da unidade em instituições para criança	134	88	-34,3	82	131	59,8	102	107	4,9	0,0121
Diversidade de ações de rotina para atenção à saúde do adolescente	139	128	-7,9	87	69	-20,7	96	129	34,4	0,0329
Diversidade de ações de rotina para atenção aos adultos	52	32	-38,5	105	49	-53,3	165	245	48,5	<.0001
Diversidade de ações de rotina para atenção ao idoso	182	129	-29,1	22	25	13,6	113	172	52,2	<.0001

^a Referente ao teste de Variação Percentual. Valores em negrito representam tendência negativa.

^a Referente ao teste Qui-quadrado.

^c Nos dois períodos avaliados alguns serviços não contavam com equipe de saúde bucal.

Fonte: QualiAB, 2007; 2010.

Tabela 3. Distribuição das frequências e Variações Percentuais (VP) dos 23 indicadores de Gestão e Gerenciamento Local com $p > 0,05$, segundo pontuação zero, um e dois (P0, P1 e P2), entre os anos de 2007 e 2010, estado de São Paulo, QualiAB 2007-2010.

INDICADORES	P 0			P 1			P 2		
	2007	2010	VP0 ^a	2007	2010	VP1 ^a	2007	2010	VP1 ^a
DIMENSÃO: Gestão e Gerenciamento Local									
Tendência de melhora									
Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde	87	83	-4,6	168	161	-4,2	62	82	32,3
Atividades em sala de espera	179	168	-6,1	56	46	-17,9	89	112	25,8
Exames colhidos na Unidade	109	103	-5,5	106	91	-14,2	107	132	23,4
Presteza na avaliação dos resultados de exame	161	149	-7,5	23	8	-65,2	140	169	20,7
Periodicidade das reuniões de equipe	144	139	-3,5	85	80	-5,9	90	107	18,9
Estratégias de agendamento da consulta médica	172	155	-11,0	84	93	13,1	65	78	18,5
Profissionais capacitados (congressos, treinamentos) no último ano	96	102	6,3	160	152	-5,0	63	72	14,3
Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários	73	72	-1,4	175	172	-1,7	72	82	13,9
Dados registrados de rotina	43	38	-11,6	119	116	-2,5	160	172	7,5
Mecanismos de integração da unidade com o nível central	14	13	-7,1	128	129	0,8	175	184	5,1
Temas abordados nas reuniões de equipe	37	25	-29,7	83	89	7,2	201	212	5,0
Tendência de piora									
Temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde	154	166	7,8	78	90	15,4	72	70	-2,8
Disponibilidade de medicamentos	25	46	84,0	39	26	-33,3	258	254	-1,6
Carga horária do gerente ou responsável local	37	49	32,4	66	30	-54,5	212	247	16,5
Ações desencadeadas por processos de avaliação	71	93	31,0	64	68	6,3	181	165	-8,8
Uso dos dados epidemiológicos para planejamento	71	85	19,7	0	1	0,3	249	240	-3,6

^a Referente ao teste de Variação Percentual. Valores em negrito representam tendência negativa.
Fonte: Questionário QualiAB, 2007; 2010.

Tabela 4. Distribuição das frequências e Variações Percentuais (VP) dos 23 indicadores de Gestão da Atenção à Saúde com $p > 0,05$, segundo pontuação zero, um e dois (P0, P1 e P2), entre os anos de 2007 e 2010, estado de São Paulo, QualiAB 2007-2010

INDICADORES	P 0			P 1			P 2		
	2007	2010	VP0 ^a	2007	2010	VP1 ^a	2007	2010	VP1 ^a
DIMENSÃO: Gestão e Gerenciamento Local									
Tendência de melhora									
Diversidade dos profissionais que realizam o exame de mama	25	25	0,0	285	276	-3,2	12	25	108,3
Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória	82	73	-11,0	90	82	-8,9	149	171	14,8
Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário	156	155	-0,6	16	11	-31,3	140	160	14,3
Critérios para coleta de Papanicolaou	31	25	-19,4	218	218	0,0	74	83	12,2
Ações em casos de uso abusivo de álcool	49	33	-32,7	246	264	7,3	26	29	11,5
Atenção programada para pessoas com diabetes tipo II/ hipertensão arterial	41	34	-17,1	55	43	-21,8	225	249	10,7
Rotina do seguimento programático na atenção à criança	53	44	-63,2	110	99	53,1	159	183	9,1
Atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem	34	22	-35,3	62	63	1,6	224	241	7,6
Agendamento da consulta de revisão pós-parto imediata	89	79	-1,2	-	1	-	231	246	6,5
Ações em casos sugestivos de DST	42	36	-14,3	93	94	1,1	187	196	4,8
Periodicidade semanal da coleta de Papanicolaou	110	99	-10,0	93	110	18,3	120	117	-2,5
Tendência de piora									
Critério para dispensação de preservativos masculinos	144	150	4,2	44	61	38,6	128	115	-10,2
Disponibilidade do serviço para aplicação da vacina BCG	110	113	2,7	84	90	7,1	125	123	-1,6
Atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem	6	27	350,0	155	134	-13,5	164	165	0,6
Diversidade de programas desenvolvidos	59	85	44,1	114	80	-29,8	147	161	9,5
Ações da equipe de saúde bucal	104	134	28,8	122	104	-14,8	93	88	-5,4
Proporção de gestantes com Início do Pré-natal no primeiro trimestre	32	39	21,9	35	9	-74,3	256	278	8,6
Presteza na inscrição do pré-natal	24	29	20,8	68	67	-1,5	231	230	-0,4
Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido	95	113	18,9	40	35	-12,5	186	178	-4,3
Critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de Ca de mama	72	80	11,1	123	111	-9,8	129	135	4,7
Rotina do seguimento programático na atenção aos adultos	20	22	10,0	108	94	-13,0	194	210	8,2
Proporção entre consultas médicas agendadas e de demanda espontânea	113	123	8,8	22	13	-40,9	184	190	3,3
Agendamento da consulta de revisão pós-parto tardia	66	69	4,5	69	64	-7,2	187	193	3,2

^a Referente ao teste de Variação Percentual. Valores em negrito representam tendência negativa.
Fonte: Questionário QualiAB, 2007; 2010

Submissão: 10/08/2019
Aceite: 23/05/2020