

# QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica<sup>1</sup>

## QualiAB: development and validation of a methodology for the assessment of primary health care services

### **Elen Rose Lodeiro Castanheira**

Profa. Assistente Doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [elen@fmb.unesp.br](mailto:elen@fmb.unesp.br)

### **Maria Ines Battistella Nemes**

Profa. Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2 Andar, CEP 01246-903, São Paulo, Brasil.

E-mail: [mibnemes@usp.br](mailto:mibnemes@usp.br)

### **Margareth Aparecida Santini de Almeida**

Profa. Assistente Doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [malmeida@fmb.unesp.br](mailto:malmeida@fmb.unesp.br)

### **Rodolfo Franco Puttini**

Prof. Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [puttini@fmb.unesp.br](mailto:puttini@fmb.unesp.br)

### **Ivete Dalben Soares**

Profa. Assistente Doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. Campus da Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [idalben@fmb.unesp.br](mailto:idalben@fmb.unesp.br)

### **Karina Pavão Patrício**

Profa. Assistente Doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [pavao@fmb.unesp.br](mailto:pavao@fmb.unesp.br)

### **Mariana Arantes Nasser**

Médica Sanitarista. Centro de Saúde Escola do Butantã. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2 Andar, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: [manasser\\_chuck@yahoo.com.br](mailto:manasser_chuck@yahoo.com.br)

### **Antonio Luís Caldas Junior**

Prof. Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [acaldas@fmb.unesp.br](mailto:acaldas@fmb.unesp.br)

### **Dinair Ferreira Machado**

Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais pela Ufscar. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [asdinamachado@yahoo.com.br](mailto:asdinamachado@yahoo.com.br)

### **Roseli d'Avilla Vasconcelos**

Mestre em Saúde Pública. Equipe de pesquisa QualiAB. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [roselidvasconcelos@hotmail.com](mailto:roselidvasconcelos@hotmail.com)

### **Stella Brasil Pissato**

Doutora em Saúde Pública. Equipe de pesquisa QualiAB. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [stella.brasil@ig.com.br](mailto:stella.brasil@ig.com.br)

### **Josiane Fernandes Lozigia Carrapato**

Mestre em Saúde Pública. Equipe de pesquisa QualiAB. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [jo.carrapato@uol.com.br](mailto:jo.carrapato@uol.com.br)

### **Sabrina Sinabucro Kaneshiro Bizelli**

Mestre em Saúde Pública. Equipe de pesquisa QualiAB. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

Endereço: Campus da Unesp, Rubião Jr. s/n, CEP 18618-970, Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: [sakaneshiro@gmail.com](mailto:sakaneshiro@gmail.com)

<sup>1</sup> Pesquisa desenvolvida com financiamento do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS-SP) - FAPESP/SES-SP/CNPq/DECIT/MS. Processo n 05/58652-7.

## Resumo

Este artigo apresenta o desenvolvimento, validação e utilização de uma metodologia de avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Destina-se aos serviços de atenção básica, organizados segundo diferentes modelos de atenção, incluindo a Saúde da Família. Contém 50 indicadores sobre oferta e organização do trabalho assistencial e programático e 15 sobre gerenciamento, na forma de questões de múltipla escolha, autorespondidas via *web* pela equipe local do serviço. Confere a cada resposta valor zero, um ou dois; a média geral atribui ao serviço um grau de qualidade expresso pela distância do melhor padrão correspondente à média dois. Foi construído por processo de consenso interativo, que incluiu metodologias qualitativas, teste-piloto, aplicação em 127 serviços, validação de construto e confiabilidade. Respondido, em 2007, por 598 (92%) dos serviços de 115 municípios paulistas, mostrou bom poder para discriminar níveis de qualidade. Adotado em 2010 como parte de um programa de apoio à Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi respondido por 95% (2.735) dos serviços de 586 municípios (90,8% do Estado). Os resultados foram encaminhados aos municípios. O QualiAB fornece uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais. Mostrou factibilidade, aceitabilidade, bom poder de discriminação e utilidade para auxiliar a gestão da rede de atenção básica do SUS em São Paulo. A experiência indica aplicabilidade nas redes de atenção básica do Brasil.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; Atenção básica; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde; Sistemas de saúde; Metodologia.

## Abstract

This paper presents the development, validation and utilization of a methodology for assessing the quality of the primary health care services of *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System), the *Questionnaire for the Assessment of the Quality of Primary Health Care Services - QualiAB*. It is addressed to all primary health care services, organized according to different care models, including Family Health. It contains 50 indicators about availability and organization of the care and programmatic work, and 15 about local management, in the form of multiple choice questions self-responded through the *Web* by the local service team. It attributes to every answer the values zero, one or two; the general average attributes a 'quality degree' to the service, expressed by the distance to the best standard corresponding to the average two. It was built by an interactive consensual process, which included qualitative methodologies, pilot-testing, application to 127 services, construct validation and reliability. It was answered in 2007 by 598 (92%) services of 115 municipalities of the State of São Paulo, showing good sensitivity to differentiate quality levels. It was adopted in 2010 as part of a supporting program to the Primary Health Care of São Paulo's State Health Department, being answered by 95% (2735) of the services of 586 cities (90,8% of the State). The results were sent to the municipalities. *QualiAB* provides a valid and simple assessment, with immediate feedback to managers and professionals. It has shown feasibility, acceptability, power to differentiate quality levels and utility to help the management of the primary health care network of SUS in São Paulo. This experience might be extended to Brazil as a whole.

**Keywords:** Health Evaluation; Primary Health Care; Health Management; Health Systems; Methodology.

## Introdução

A relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como campo de políticas, práticas e investigação vem sendo enfatizada em nível internacional por meio de diretrizes políticas, documentos e publicações científicas, que apontam maior impacto de Sistemas de Saúde fortemente ancorados na APS (WHO, 2008, Starfield e Shi, 2002). No Brasil, iniciativas de avaliação da APS que contribuam para o envolvimento das equipes locais de saúde no processo de melhoria da qualidade dos serviços vêm ganhando destaque. (Brasil, 2005, 2011a). Este artigo apresenta o processo de desenvolvimento, validação e experiência de utilização de uma metodologia de autoavaliação da qualidade de serviços de atenção básica vinculados ao SUS, a partir do Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB).

A metodologia destina-se a todos os serviços que hoje compõem a rede de atenção básica, independentemente do modelo adotado, não sendo exclusiva para Estratégia de Saúde da Família. Avalia características objetivas da organização do trabalho local, mediante questões fechadas de múltipla escolha, autorrespondidas pelos gerentes e equipes dos serviços. Foi desenvolvido em 2007, como pesquisa avaliativa (Castanheira e col., 2007) e respondido por 598 serviços de Atenção Básica (AB) de 115 municípios de três Regionais de Saúde do interior do Estado de São Paulo. Em 2010, foi incorporado como instrumento de avaliação para a gestão em um programa de apoio à Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>2</sup>.

Este artigo objetiva analisar as especificidades, potencialidades e limites da metodologia

Sua organização passa pela conceituação de APS, apresentando valores e diretrizes para a avaliação; características e contexto da atenção básica no Estado de São Paulo; o instrumento QualiAB enquanto metodologia de avaliação da atenção básica e sua adoção para avaliação de serviços da rede básica em 2010. Assim, o artigo está centrado na apresentação e discussão da metodologia de avaliação desenvolvida, incluindo seu quadro teórico. Os resultados da

avaliação dos serviços não constituem, portanto, seu objeto e, por isso, serão apenas referidos a título de ilustração ou esclarecimento.

## Atenção Primária no Brasil: valores e diretrizes para a avaliação

O empenho do Sistema de Saúde brasileiro em inovar o sentido e a racionalidade das práticas desenvolvidas no âmbito do primeiro nível de atenção à saúde pode ser observado pelos movimentos em (re)nomeá-lo de “Atenção Primária” para “Atenção Básica” e, mais recentemente, pelo resgate da nomenclatura original, “Atenção Primária” no discurso oficial e publicações do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a, 2011b, 2011c). Desse debate conceitual, importa aqui assinalar os principais significados atribuídos a esse campo de práticas, com uma ou outra nomenclatura e contextualizar a opção expressa no nome do instrumento QualiAB.

A adoção do termo Atenção Básica (AB), institucionalizada em documentos e na denominação de estruturas organizacionais responsáveis pelo primeiro nível de atenção à saúde, no Ministério, Secretarias de Estado e Municípios, reflete o esforço de (re)significá-la em contraposição à concepção assumida por experiências em alguns países que acabaram por equivaler a APS a uma atenção simplificada, dirigida exclusivamente a alguns problemas de saúde de grupos populacionais mais pobres (Brasil, 2011a; Paim, 2006); concepção consagrada nas palavras de Testa (1992) como “atenção primitiva à saúde”. Em contraposição a essa visão, a APS pode ser compreendida como uma atenção de primeiro nível, “atenção primeira e básica”, uma vez que essas demandas exigem, para uma adequada resposta, sofisticada e complexa síntese de saberes e ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a AB como um conjunto de ações, “de caráter individual e coletivo”, envolvendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de

2 Disponível em: <<http://www.abasica.fmb.unesp.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios delimitados, com a utilização de tecnologias de “elevada complexidade e baixa densidade”. Assim organizada, deve ser capaz de responder aos problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, sendo por isso o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde ao qual está integrado. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Brasil, 2006).

A definição da AB/APS adotada pelo SUS, expressa duas dimensões: uma mais imediatamente vinculada à organização interna do trabalho - quando se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário; e outro, relativo à relação que estabelece com o sistema - quando se refere a seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde, mas também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde.

A efetivação dessas proposições depende, evidentemente, do modo de operar as práticas no cotidiano dos serviços, ou seja, do modo como a APS/AB atua diretamente nos cuidados de saúde da população a que assiste. Depende, assim, da existência de mecanismos político-institucionais, organizacionais e tecnológicos que tornem possível sua objetivação em práticas de saúde (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem representado, desde 1994, a alternativa priorizada pelo Ministério da Saúde para a operação da APS/AB e a ordenação do sistema. Coloca-se como um modo de organizar os serviços que procura avançar na direção da atenção integral nas três perspectivas colocadas pela integralidade (Mattos, 2004) - efetivando a AB/APS como porta de entrada, avançando na integralidade do sistema, reconhecendo e trabalhando com os sujeitos em sua complexidade e individualidade e avançando no reconhecimento da articulação individual/coletivo na abordagem das necessidades sociais de saúde, ou seja, a ESF

vem sendo priorizada por propor mecanismos que são favoráveis à construção da integralidade, como a definição planejada de um território, atenção à saúde com foco nas famílias residentes, o trabalho em equipe, o acolhimento, e a atuação intersetorial. Entretanto, no contexto de revalorização da AB/APS no SUS, a ênfase na Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo substitutivo para a organização da atenção básica e único capaz de reordenar as redes de atenção à saúde, vem sendo alterada pela admissão que serviços com outros arranjos organizacionais também podem ser capazes de implementar nova racionalidade ao sistema, desde que orientados pelos mesmos princípios ético-normativos presentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e expressos na Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2010, 2011a).

Nesse sentido, vale mencionar as alternativas colocadas para o cuidado individual, como o acolhimento (Gomes e Pinheiro, 2005) e a clínica ampliada (Campos, 2005), que têm a biomedicina como substrato duro e as teorias comunicacionais como base para a construção de novas tecnologias que focalizam as relações entre os sujeitos no processo do cuidado e apostam na integração inovadora de saberes para definir um novo modelo de atenção. Simultaneamente, e como dimensão das mesmas práticas, o resgate de teorias de ação sobre o coletivo - representado por experiências como a vigilância em saúde (Paim, 2003) e as ações programáticas (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Nemes, 2000) - procura trazer o coletivo para o momento da atenção a cada um e coloca-se como alternativa para a redefinição do modelo. Essas proposições, com base em tecnologias centralmente orientadas pela epidemiologia, embora bem definidas para atuações diretamente dirigidas a coletivos, mostram-se ainda não consolidadas quando se propõem a integrar as práticas de cuidado individual (Ayes, 2004) ou a atingir a integralidade em saúde, por isso mesmo tomada como imagem-objetivo do sistema (Mattos, 2004). Nos limites da discussão aqui proposta, basta assinalar o quanto a complexidade e a incipiência histórica desses esforços de inovação enfrentam grandes e reiteradas dificuldades nos serviços ao procurarem construir e operar um novo modelo assistencial.

A existência desse conjunto discursivo claramente atua como arcabouço geral - ético e normativo - que aponta a direção e o projeto do SUS para a atenção básica. Ainda que muitas carências do “como fazer” persistam, esse ideário permite a identificação de valores e diretrizes, condição fundamental para o estabelecimento de avaliações, bem como para sua adoção como instrumentos de gestão que favoreçam a própria consolidação e melhoria do sistema e dos serviços.

## Atenção básica no estado de São Paulo: características de contexto

No Estado de São Paulo, 70% da população se concentra nos 73 municípios com mais de 100 mil habitantes, especialmente nas regiões metropolitanas, como São Paulo, Guarulhos e Campinas, e 30% vive em municípios menores - dos 645 municípios do estado, 524 têm menos de 50 mil habitantes, em geral com baixa densidade demográfica e grande extensão territorial (IBGE, 2010).

O Estado conta com uma extensiva rede de serviços de AB. Existem hoje cadastradas no CNES (Brasil, 2011d), 4.334 Unidades Básicas de Saúde (EBS) e 400 Postos de Saúde para uma população de 39.924.091 habitantes (IBGE, 2010), com média de 9.211 habitantes por unidade de saúde, relação que diminui para os municípios menores, em torno de 3.000 habitantes por unidade, e aumenta para os maiores, chegando a uma média de 20.000 habitantes por unidade na Grande São Paulo.

A rede de unidades da AB do Estado assume diferentes arranjos organizacionais dependendo do perfil da região - de sua importância política e econômica, dos equipamentos e do modelo assistencial de maior prevalência ao longo da história de cada município, e, particularmente, nas mudanças ocorridas nos últimos 20 anos na AB com o processo de municipalização, no qual se deu uma maior ou menor incorporação da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2011e).

Até janeiro de 2011, a cobertura populacional estimada para o Brasil por equipes de Saúde da Família era de 52%, enquanto para o Estado de São Paulo essa estimativa era de 27% (Brasil, 2011e). Entretanto, essa distribuição é heterogênea sendo

maior a presença de unidades de Saúde da Família nos municípios com menos de 50 mil habitantes, seguindo uma tendência nacional, podendo também ser observada na periferia das cidades de médio e grande porte, compondo com as unidades mais tradicionais. Essa composição “mista” de municípios com unidades ESF, UBS e organizadas de outro modo tem sido uma característica da AB no Estado: dos 2.735 que responderam ao QualiAB em 2010, 44% são Unidades de Saúde da Família, 32% são UBS “tradicionais”; os demais são tipos híbridos incluindo até mesmo 154 Unidades de Saúde de Família que também têm médicos especialistas.

Essa extensa e heterogênea rede de AB é, no entanto, pouco conhecida tanto em relação ao seu funcionamento e dinâmica organizacional quanto em relação aos seus atributos de qualidade e capacidade de integração às redes regionais de atenção à saúde.

## Avaliação da Atenção Básica: o foco do instrumento QualiAB

O QualiAB tem como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços, ou seja, o modo como o serviço atua diretamente nos cuidados de saúde da população a que assiste, como apontado anteriormente. A priorização dessas dimensões mais propriamente tecnológicas atende à necessidade imposta pelo heterogêneo contexto atual da AB. Reafirma ainda o papel determinante dos modelos tecnológicos sobre os resultados e impactos da atenção à saúde, ou, em outros termos, sobre como o trabalho concretamente realizado compreende e responde às necessidades de saúde. (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Embora a atenção básica não seja um “programa” e sim uma proposta organizacional de base sistêmica, não se restringe a essa dimensão e possui de fato um escopo propriamente tecnológico, articulado às propostas políticas e técnicas que representa. Nesse sentido, pode-se identificar nos documentos oficiais e nas falas institucionais uma “teoria”, ou seja, um conjunto de proposições ético-normativas que orientam o “dever ser”, isto é, o quadro de valores que orientam a construção de normas, critérios e indicadores da avaliação (Nemes, 2001; Chen, 1990).

No QualiAB, essas normas foram construídas com base nas proposições técnico-políticas colocadas para a Atenção Básica pelas diferentes esferas de governo, enquanto política de Estado, cujo conjunto discursivo central foi sinteticamente apresentado.

A abordagem avaliativa do 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 (Nemes e col., 2004).

Avaliar a organização do processo de trabalho simultaneamente em muitos serviços com diferentes modelos assistenciais exigiu a utilização de um instrumento fechado que pudesse ser homogeneamente respondido. Dada a diversidade estrutural dos serviços, o instrumento aborda dimensões estratégicas do trabalho: as condições objetivas necessárias para a implementação das finalidades éticas e técnicas da Atenção Básica.

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. Assim, a construção dos indicadores e padrões de avaliação baseou-se fortemente nas questões trazidas por usuários, gestores e gerentes locais e na observação direta dos serviços. Como resultante desse processo, o melhor padrão para todos os indicadores foi estabelecido com base no “melhor possível” para a atual situação da AB em São Paulo. Buscando desse modo a aplicabilidade para todos os serviços de AB, os pressupostos centrais do QualiAB é que todos os serviços tenham, no mínimo, o padrão aceitável de qualidade (correspondente ao valor 1) e todos possam atingir o melhor padrão possível nesse momento (correspondente ao padrão 2), como veremos a seguir.

## As Etapas de Construção do Questionário QualiAB

A construção do QualiAB, concluída em 2007, tomou por base um instrumento semelhante utilizado na avaliação de serviços especializados de atenção a

peças vivendo com Aids (QualiAids), construído anteriormente mediante os mesmos pressupostos teórico-metodológicos aqui adotados (Melchior e col., 2006; Nemes e col., 2004, 2009). Contou com a parceria e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (município de médio porte, com aproximadamente 350 mil habitantes, localizado no centro-oeste paulista) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, representada pelos atuais Departamentos Regionais de Saúde de Bauru (que inclui a antiga Direção Regional de Saúde de Botucatu), Sorocaba e Registro, e que foram o cenário de elaboração e primeira aplicação do questionário QualiAB.

A pesquisa que resultou no instrumento QualiAB foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Botucatu/UNESP.

O instrumento foi desenhado para ser autorrespondido pelos serviços de Atenção Básica sob responsabilidade direta do gerente local. A adesão à pesquisa foi definida pelo gestor municipal de saúde após apresentação do projeto e do instrumento de investigação em reuniões regionais.

A construção do questionário se deu em etapas consecutivas por meio da articulação de abordagens qualitativas e quantitativas (Minayo, 2005). A primeira etapa se constituiu na avaliação da atenção básica do município de Bauru, na qualidade de um estudo-piloto, que orientou as demais etapas da pesquisa (Vasconcelos, 2011). A segunda fase teve início com a análise dos resultados do questionário-piloto (QI), a elaboração e a aplicação de uma segunda versão (QII) e definição de um instrumento validado a que chamamos QualiAB. A terceira e última etapa foi a aplicação do instrumento final nas regiões estudadas (Castanheira e col., 2007, 2009; Pissatto, 2011).

Os procedimentos metodológicos adotados foram: 1. Avaliação da Atenção Básica no município de Bauru: entrevista e grupo focal com a equipe de nível central da Secretaria Municipal de Saúde, grupo focal com gerentes das unidades básicas, grupo focal com usuários dos serviços e com representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde, observação não participante das unidades, elaboração de questionário-piloto de avaliação de serviços (QI) e aplicação em 20 unidades, apresentação e discussão dos resultados com o conjunto dos atores envolvidos. 2. Construção do instrumento QualiAB e avaliação

da Atenção Básica dos municípios de três Departamentos Regionais de Saúde, reformulação do questionário, discussão com grupo de especialistas, elaboração de um segundo questionário (QII), aplicação em um universo de 37 municípios, validação do questionário e definição de um novo instrumento (QIII). 3. Aplicação do questionário final (QIII/QualiAB), análise e devolutiva dos resultados para os gestores municipais em reuniões dos Colegiados de Gestão Regional das regiões envolvidas.

O processo de validação foi realizado por meio de avaliação da consistência interna das questões ( $\alpha$  de Cronbach) e do poder de discriminação em relação ao universo estudado (Análise de Componente Principal), utilizando-se o programa SPSS, versão 14.0.

O questionário final (QualiAB) é composto de 85 questões distribuídas em 5 blocos: Identificação e características gerais do serviço, Registro de dados e informações em saúde, Organização da Atenção à Saúde, Perfil de atividades da equipe multiprofissional e Características do Processo Gerencial.

As questões foram divididas em dois tipos: 20 caracterizam os serviços (questões descritivas) e 65 geram indicadores de qualidade (questões pontuadas). São 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.

Os principais critérios da qualidade avaliada são:

- Acesso à atenção integral à saúde.
- Organização do trabalho com viabilização do acesso.
- Oferta de ações de prevenção primária e secundária.
- Cumprimento de protocolos assistenciais padronizados.
- Mecanismos de indução ao trabalho em equipe.
- Gerenciamento técnico do trabalho.
- Mecanismos de articulação com a comunidade.
- Disponibilidade de insumos críticos para atenção primária.

As questões pontuadas, que correspondem aos indicadores, recebem valores (padrões) de 0, 1 ou 2 (2 = melhor qualidade). A média das questões pontuadas confere ao serviço uma pontuação final entre 0 e 2.

A pontuação adotada seguiu o seguinte padrão:

- 0 (zero) - ausência da ação e/ou recurso ou sua execução e/ou disponibilidade em patamares tão mínimos que implicam perda em seu significado técnico-operacional.
- 1 (um) - execução da ação e/ou disponibilidade do recurso dentro do padrão médio aceitável.
- 2 (dois) - executa a ação ou tem disponibilidade de recursos segundo o melhor padrão possível para a situação atual da rede de atenção básica.

Os indicadores de qualidade avaliam duas grandes dimensões: oferta e organização do trabalho assistencial e programático com 50 indicadores sobre oferta e organização do trabalho assistencial e programático e 15 sobre gerenciamento. Nas duas dimensões existem alguns indicadores relativos à estrutura, mas a grande maioria são indicadores de processo. Os indicadores de estrutura foram considerados numa ou outra dimensão avaliada conforme seu maior peso para uma ou outra.

A título de exemplo são expostas a seguir duas questões pontuadas, uma de resposta única e pontuação direta, ao final de cada alternativa, e outra que admite múltiplas respostas, com pontuação composta.

**Os dados epidemiológicos da região: (Assinale apenas uma alternativa)**

- (1) São utilizados para o planejamento de novas ações de saúde na unidade. **2**
- (2) Estão disponíveis, mas não são utilizados pela unidade. **0**
- (3) Não são do conhecimento da unidade. **0**

**Quanto ao perfil da demanda dos usuários (principais diagnósticos, queixas, sexo, idade, entre outras características), esta Unidade realizou nos últimos três anos: (Assinale uma ou mais alternativas)**

- 1) Levantamento de dados por programas (Pré-natal, hipertensão, etc.). **0,3**
- 2) Levantamento de dados sobre a demanda espontânea. **0,3**
- 3) Existem estudos antigos, que não foram atualizados. **0**
- 4) Não realizou levantamentos. **0**

Classificação por pontuação: 0 = 0; 0,3 = 1; 0,6 = 2

## QualiAB - Indicadores de gerência

1. Área de abrangência planejada.
2. Registro de dados.
3. Utilização dos dados de produção assistencial.
4. Utilização dos dados epidemiológicos.
5. Estudos sobre o perfil da demanda.
6. Disponibilidade de medicamentos.
7. Métodos contraceptivos disponíveis.
8. Carga horária do gerente.
9. Relacionamento da unidade com o nível central.
10. Periodicidade das reuniões de equipe.
11. Pautas das reuniões de equipe.
12. Profissionais com oportunidade de formação continuada.
13. Avaliação da unidade no último ano.
14. Principais temas abordados nas reuniões do Conselho Local de Saúde.
15. Canais para encaminhamento das reclamações dos usuários.

## QualiAB 2010 - Indicadores de Assistência

1. Vacinas aplicadas na unidade.
2. Exames feitos na unidade.
3. Exames colhidos na unidade.
4. Diversidade de programas oferecidos.
5. Ações de educação em saúde na comunidade.
6. Ações de educação em saúde na unidade.
7. Ações de vigilância em saúde nos casos de Doenças de Notificação Compulsória.
8. Oferta assistencial para demanda espontânea.
9. Proporção entre consultas agendadas e pronto-atendimento médico.
10. Agendamento da consulta médica com horário marcado por paciente.
11. Atividades na sala de espera.
12. Avaliação de resultados de exames.
13. Convocação de faltosos.

14. Tempo médio de duração da consulta médica segundo especialidade.
15. Ações programadas para atenção à saúde da mulher.
16. Profissionais que coletam Papanicolaou.
17. Critérios para oferta de Papanicolaou.
18. Periodicidade da oferta de Papanicolaou.
19. Profissionais que realizam exame de mamas.
20. Critérios de solicitação de mamografia.
21. Intervalo de tempo entre o diagnóstico de gravidez e inscrição no pré-natal.
22. Precocidade do início do pré-natal.
23. Exames de rotina solicitados para as gestantes.
24. Solicitação de sorologias para sífilis e Aids no pré-natal.
25. Execução do tratamento dos casos de sífilis em gestantes.
26. Ações de educação em saúde para gestantes.
27. Agendamento de consulta de revisão pós-parto imediato.
28. Agendamento de consulta de revisão pós-parto tardia.
29. Ações programadas para atenção às crianças.
30. Agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido.
31. Periodicidade semanal da oferta de BCG.
32. Diversidade de atendimentos oferecidos às crianças.
33. Conteúdos abordados no atendimento às crianças.
34. Atuação da unidade em instituições para crianças.
35. Ações programadas para atenção aos adolescentes.
36. Ações programadas para atenção aos adultos.
37. Intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta médica para adulto.
38. Diversidade de atendimentos oferecidos aos adultos.
39. Diversidade de atendimentos oferecidos a diabéticos e/ou hipertensos.

40. Ações programadas para atenção ao idoso.
41. Diagnóstico e orientação para casos de alcoolismo.
42. Condutas em casos de mulheres em situação de violência.
43. Condutas nos casos sugestivos de DTS.
44. Critérios para a dispensação de preservativos.
45. Critérios para assistência odontológica.
46. Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal.
47. Atividades de rotina realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem.
48. Atividades de rotina realizadas por agentes comunitários de saúde.
49. Atividades de rotina realizadas por enfermeiro.
50. Atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem.

## Resultados da Avaliação - QualiAB 2007

A equivalência das questões validadas entre a segunda e a terceira versão do questionário permitiu que a análise final fosse realizada englobando os municípios que integram os atuais Departamentos Regionais de Saúde de Bauru, Sorocaba e Registro. Em conjunto, essas regiões contavam, em 2007, com uma rede básica de serviços formada por 650 unidades com diferentes arranjos organizacionais.

Deste universo de 131 municípios, 115 aderiram ao processo avaliativo proposto, com a participação de 598 unidades do total de 650, com uma taxa de resposta de 92%.

Para a análise final foram válidas as respostas de 524 unidades, sendo excluídas aquelas que foram consideradas “atípicas” - por serem especializadas em um único programa ou por relatarem não possuir médico e enfermeira em suas equipes - e as com mais de 10% de questões pontuadas não respondidas.

Entre as 524 unidades, a média geral obtida foi de 1,29 (mínimo: 0,42; máximo: 1,89). A mediana foi de 1,28. A maior variabilidade ocorreu nos indicadores a seguir:

### Gerência

- Área de abrangência planejada.
- Utilização dos dados de produção assistencial.
- Estudos sobre o perfil da demanda.
- Carga horária do gerente.
- Pautas das reuniões de equipe.
- Profissionais com oportunidades de formação continuada.

### Assistência

- Diversidade de atendimentos oferecidos a adultos.
- Diversidade de atendimentos oferecidos a crianças.
- Ações programadas para atenção a adolescentes.
- Critérios para assistência odontológica.
- Condutas nos casos sugestivos de DTS.
- Critérios para a dispensação de preservativos.
- Condutas em casos de mulheres em situação de violência.
- Ações de educação em saúde na unidade.
- Ações de educação em saúde na comunidade.
- Atividades em sala de espera.
- Ações de educação em saúde para gestantes.
- Convocação de faltosos.
- Ações de vigilância em saúde nos casos de DNC (Doenças de Notificação Compulsória).
- Atividades de rotina realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Os resultados finais foram apresentados em reuniões dos Colegiados de Gestão Regional das regiões participantes, com entrega de CD-ROM para cada município com seus respectivos resultados.

Como desdobramento da avaliação realizada com o QualiAB em 2007 foram desenvolvidos dois estudos qualitativos em unidades escolhidas a partir da qualidade mensurada por esse instrumento. Esses estudos possibilitaram, de um lado, a abordagem de dimensões subjetivas do processo de trabalho não contempladas por um instrumento estruturado e, por outro, contribuíram para a validação das dimensões avaliadas (Bizelli, 2010; Carrapato, 2011).

## Desdobramentos: adoção do QualiAB para a avaliação da atenção básica no estado de São Paulo em 2010

Como fruto de parceria entre a Equipe QualiAB e a Equipe de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, teve início em 2010 um processo de avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica por meio do questionário QualiAB. A proposta foi aprovada em Comissão Bipartite em maio de 2010, com adesão voluntária dos gestores municipais.

A institucionalização do QualiAB como instrumento de autoavaliação dos serviços foi realizada pelo Programa Articuladores da Atenção Básica. Os profissionais desse programa do estado realizam, desde 2009, apoio técnico aos municípios com menos de 100 mil habitantes e foram os responsáveis pela apresentação da proposta avaliativa aos municípios e posteriormente pela devolutiva dos resultados em cada uma das Regiões de Saúde com municípios que aderiram à avaliação.

O questionário foi disponibilizado para a adesão dos municípios via *web* entre julho e outubro de 2010. Ao aderirem, os gestores cadastravam as unidades básicas que a partir daí se inscreviam recebendo uma senha privativa da unidade para resposta pelas equipes locais sem interferência o gestor municipal. Houve grande adesão dos gestores municipais, com a participação de 586 Municípios (dos 645 - 90,8% do total do Estado), e também dos gerentes dos serviços, com respostas de 2.735 Unidades (de 2.844 cadastradas pelos 586 municípios- 95% responderam). Assim, do total de 64 Regiões de Saúde, 61 estiveram total ou parcialmente representadas.

O protagonismo dos Articuladores da Atenção Básica possibilitou uma grande difusão do instrumento em todo o estado, com maior penetração naqueles municípios que já se constituíam como campo de atuação desse programa, os com menos de 100 mil habitantes, embora municípios maiores também tenham participado.

As devolutivas realizadas pelos articuladores possibilitaram uma discussão ativa dos resultados

com uma apropriação crítica dos municípios participantes, desencadeando processos de reorganização em muitos locais, segundo relato dos responsáveis. O impacto na organização dos serviços deverá ainda ser avaliado de modo sistemático.

## Conclusões

Um dos mais importantes atributos das avaliações em saúde é o seu pragmatismo. Diferentemente da pesquisa científica habitual, as avaliações devem ser imediatamente pragmáticas, sendo mais úteis quando respondem a demandas sociais explícitas e institucionalmente consolidadas (Nemes, 2001).

O QualiAB foi construído em resposta à necessidade de avaliar serviços tão prioritários para o SUS quanto heterogêneos. Demanda que foi consolidada institucionalmente na chamada para pesquisa do SUS para que as universidades construíssem avaliações imediatamente úteis para o sistema. O instrumento QualiAB responde também ao atributo do pragmatismo das avaliações, definindo claramente os que se constituem nos principais usuários de seus resultados - gerentes locais, gestores e profissionais da rede básica. Clareza de grande importância uma vez que as avaliações em saúde focam predominantemente um dos pólos da tríade produção de conhecimento, apoio para decisão e apoio para a gestão (Novaes, 2000).

O QualiAB aborda centralmente indicadores de processos que, mais do que os de estrutura e de resultados, estão sob a gestão dos gerentes e equipes locais dos serviços, o que o posiciona melhor para compor iniciativas de melhoria da qualidade. (Brook e col., 2000).

A utilidade das avaliações em saúde também depende, evidentemente, de seus atributos de validade (Rubin e col., 2001; Campbell, 2003). O QualiAB foi baseado em metodologias qualitativas e repetidas técnicas de consenso. Mostrou aceitabilidade e factibilidade por parte de seus principais usuários, boa validade de face, de conteúdo e de construto e consistência interna. Adicionalmente, sua peculiar estrutura de respostas múltiplas permite que os profissionais respondentes consigam “ver” e avaliar imediatamente as diversas características de seu

serviço em um padrão de qualidade de três níveis, que passa pelo aceitável e cujo máximo é o “melhor possível”.

As características do instrumento e o processo de pesquisa e avaliação empreendidos mostram a viabilidade e utilidade da realização de investigações avaliativas no SUS, uma vez que o índice de resposta foi alto e que a distribuição das médias de qualidade aponta para um bom poder de discriminação entre as unidades. Demonstram a importância em construir instrumentos que possam ser respondidos e interpretados pelas equipes locais como estratégias de automonitoramento e melhoria de qualidade.

A adesão dos gestores e gerentes foi fundamental para a realização da pesquisa, e o interesse demonstrado em todas as fases da avaliação configurou uma parceria serviço-academia que pode e deve ser aprofundada. Evidencia, além disso, o grau de responsividade da avaliação, uma vez que atesta o interesse das diferentes partes envolvidas (Nemes, 2001).

Para as equipes locais, as potencialidades da avaliação por meio do instrumento QualiAB são discutir a organização do processo de trabalho nas unidades, apropriando-se da avaliação como momento de reflexão crítica sobre o trabalho e identificação de necessidades de mudanças em sua organização. Para o gestor municipal, a aplicação do instrumento propicia conhecer e avaliar a organização de suas unidades e investir em estratégias de melhoria de qualidade. Para o gestor estadual, a avaliação permite a identificação da necessidade de apoio técnico e suporte financeiro, o que no contexto atual do estado de São Paulo se deu a partir de ações de apoio por meio do Programa Articuladores da Atenção Básica, que, além disso, puderam dinamizar e ampliar as repercussões para gestores municipais e equipes locais.

A avaliação nos moldes propostos pelo instrumento QualiAB favorece a orientação dos serviços no sentido dos mesmos pressupostos que guiaram sua construção, quais sejam: a existência de um nível aceitável de qualidade para todos os serviços e a necessidade do envolvimento ativo das equipes locais e de mudanças no processo de trabalho para

que sejam construídos novos modelos assistenciais. Outra potencialidade do QualiAB é sua validade para todas as Unidades Básicas de Saúde no Brasil, ou seja, sua replicabilidade, característica fundamental para os modelos cientificamente fundados.

A avaliação da Atenção Básica 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.

Para que o potencial de mudança da AB/APS se efetive faz-se necessário um conjunto de investimentos – políticos, financeiros, tecnológicos e científicos – que consolidem um projeto socialmente pactuado de médio e longo prazo para o Sistema Único de Saúde que possa expressar suas diretrizes ético-normativas de universalidade, equidade e integralidade, em medidas concretas de atenção à saúde no nível da Atenção Primária.

No momento em que a AB/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.

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BIZELLI, S. S. K. *A saúde na roça: estudo hermenêutico de um serviço da saúde da família*. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 09 ago. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde*: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq\\_manual\\_instrutivo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf)>. Acesso em: 09 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*: n. 12-27. Brasília: Ministério da Saúde, 2006-2011, 2011b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php)>. Acesso em: 09 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Primária*: n. 28, 29 e 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php)>. Acesso em: 09 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *CNESnet*. [Base de dados]. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)>. Acesso em: 09 ago. 2011d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *DAB*: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2011e.
- BROOK, R. H.; MCGLYNN, E. A.; SHEKELLE, P. G. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 12, n. 4, p. 281-295, 2000.
- CAMPBELL, S. M. et al. Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*, London, v. 326, n. 7393, p. 816-819, Apr. 2003.
- CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 477-483, 2005.
- CARRAPATO, J. F. L. *Qualidade e organização do processo de trabalho*: avaliação qualitativa de uma unidade de saúde da família e de uma unidade básica tradicional. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- 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. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 81-88, 2009.
- CHEN, H. T. *Theory-Driven Evaluations*, Newbury Park, California: Sage Publications, 1990.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos, *Interface- Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago., 2005.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 ago. 2011.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-51, 2006.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- NEMES, M. I. B. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. (Série Fundamentos de Avaliação, 1).
- NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 48-65.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. 310-312, 2004.
- NEMES, M. I. B. et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. *BMC: Health Services Research*, London, v. 9, n. 51, p. 1-8, 2009.
- NOVAES H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- PAIM, J. S. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. In: PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 49-78.
- PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-174.
- PISSATTO, S. B. G. *Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Sorocaba/SP*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- RUBIN, H.R.; PRONOVOST, P.; DIETTE, G. B. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 13, n. 6, p. 489-496, Dec. 2001.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.
- STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VASCONCELOS, R. D. *Avaliação da qualidade da Atenção Básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever*. Geneva: WHO, 2008.

Recebido em: 01/04/2011  
 Aprovado em: 21/06/2011