



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**NAYANE COELHO SALES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE: comparação entre os instrumentos PCATool e  
competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da  
Família de Fortaleza-CE**

**Fortaleza**  
**2013**

NAYANE COELHO SALES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de  
gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

FORTALEZA - CE  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Escola Cearense de Oncologia

Sales, Nayane Coelho.

S163a

Avaliação da Qualidade em Atenção Primária em Saúde: Comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE. / Nayane Coelho Sales. Fortaleza, 2013.

94 f.: Il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

1 Serviços de Saúde. 2 Atenção Primária à Saúde. 3 Administração de Serviços de Saúde. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD 362.1

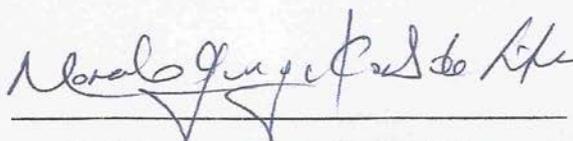
NAYANE COELHO SALES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de  
gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE

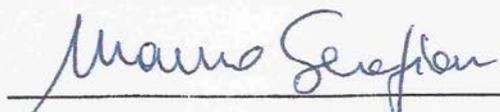
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde  
Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 09 / 03 / 2013

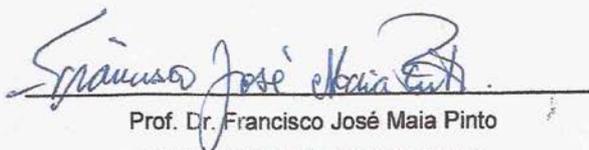
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Universidade Estadual do Ceará  
Orientador



Prof. Dr. Mauro Serapioni  
Universidade de Coimbra (Portugal)  
Examinador 1



Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto  
Universidade Estadual do Ceará  
Examinador 2

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por dar-me mais esta oportunidade de crescimento e me abençoar com coragem e determinação para concluir essa difícil caminhada;

À minha família, Afrânio, Conceição, Rami e Nayara, por me apoiar e me incentivar a sempre melhorar, principalmente minha mãe e irmã, sem a ajuda das quais esse trabalho não teria sido possível;

Ao meu esposo Djalma, companheiro e compreensível nos momentos de ausência para dedicação à pesquisa;

Ao meu orientador, Marcelo Gurgel Carlos da Silva, sempre paciente e disponível em contribuir para o enriquecimento do trabalho;

Aos professores do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (PMASP), que foram referências de exemplo profissional;

Aos meus colegas de turma, que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho e fizeram desta dura caminhada mais alegre;

Aos funcionários do PMASP, que sempre estiveram à disposição dos alunos;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

## RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada, internacionalmente, como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde e, no Brasil, como a reorientação do modelo de saúde pública para concretizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, tão complexo quanto esse sistema é a sua gestão, pois aí se encontram múltiplos fatores implicados. Este estudo descreve o perfil dos coordenadores dos Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza-CE e as diferenças entre as Secretarias Executivas Regionais (SER), identificando a associação entre as competências essenciais/atividades administrativas desenvolvidas pelos coordenadores e a qualidade dos serviços de saúde que gerenciam. A amostra foi composta por 30 dos 91 CSF do município. Foram entrevistados os coordenadores dos CSF e os Chefes de Distrito de Saúde das SER para que indicassem a frequência com que os coordenadores utilizavam competências essenciais/atividades administrativas na gerência dos seus serviços (anexos A e B, respectivamente). De cada unidade de saúde analisada, foram entrevistados também um médico e um enfermeiro que responderam ao instrumento PCATool (anexo C) sobre a qualidade dos CSF onde estavam inseridos. Os três instrumentos foram construídos em escala de Likert, numa gradação decrescente de frequência e com atribuição de valores para cada resposta. Ao final, foi gerado um escore de cada instrumento a partir da média aritmética simples dos valores das respostas; após foram todos convertidos em escala de 0 a 10 para adequada comparação. O perfil dos coordenadores dos CSF se mostrou composto por maioria de mulheres (83%), com mais de 45 anos (63,3%), graduação em enfermagem (40%) e especialização (60%) em área não especificada, com experiência anterior em área administrativa (66,7%). Os testes de Correlação de Kendall e Spearman foram aplicados para conhecer a associação entre o Escore dos Coordenadores (anexo A), o Escore dos Chefes de Distrito (anexo B) e o Escore Geral da APS - PCATool (anexo C), além do teste de Kappa para identificar concordância entre Coordenadores e Chefes de Distrito (A e B). O Escore dos Coordenadores apareceu com valores mais altos que os Escores dos Chefes de Distrito. Houve discordância na classificação desses escores, na qual quatro regionais mostraram classificações diferentes. A qualidade atribuída pelo PCATool variou entre as regionais, com maiores escores para as SER I, IV e V. Os atributos derivados foram melhor avaliados e responsáveis, assim, pela elevação dos valores dos Escores Gerais da APS (PCATool). O atributo com menores valores foi a Acessibilidade, variando de 3,30 a 4,51 entre as SER. O Escore dos Coordenadores não mostrou concordância com o Escore dos Chefes de Distrito (Kappa,  $p > 0,05$ ) e não houve associação do primeiro com o Escore Geral da APS (Tau b de Kendall,  $p > 0,05$ ). Contudo, observou-se associação moderada e significativa entre os Escores dos Chefes de Distrito e os Escores da APS (Tau b de Kendall = 0,340,  $p = 0,029$ ). Identificou-se associação estatística entre a qualidade dos serviços, atribuída por profissionais do PSF através do PCATool, e as competências essenciais realizadas por seus coordenadores, pela perspectiva dos Chefes de Distrito de Saúde.

**Palavras-chave:** Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) is regarded internationally as the basis for a new care model of health systems and, in Brazil, as the reorientation of public health, seen as an opportunity to realize the principles and guidelines of the National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). But as complex as this system is its management, because there are multiple factors involved. This study seeks to describe the profile of the coordinators of the Centers for Family Health (CSF) of Fortaleza-Ceará-Brazil and the differences between the regional health council (Secretarias Executivas Regionais - SER), testing the association between the core competencies / administrative activities development by managers and quality of their health services. The sample was composed by 30 of the 91 CSF. We interviewed the coordinators of the CSF and the Chiefs of the Health District of SER to indicate the frequency with which the coordinators used core competencies / administrative activities in the management of their services (Annexes A and B, respectively). Each health unit analyzed were also interviewed a doctor and a nurse who answered the instrument PCATool (Annex C) on the quality of CSF where they were inserted. The three instruments were built in Likert scale, a gradient of decreasing frequency and with assigned values for each response. At the end, a score was generated for each instrument from the simple arithmetic average of the values of the responses, after been converted into scale of 0 to 10 for proper comparison. The profile of the coordinators of the CSF showed composed mostly of women (83%), with more than 45 years (63,3%), undergraduate nursing (40%) and expertise (60%) in an unspecified area, with experience previous administrative area (66,7%). The Correlation tests Kendall and Spearman were used to know the association between the score Coordinators (Annex A), the score of the Chiefs of the Health District (Annex B) and PCATool score (Annex C), and the Kappa's test to identify the agree between Coordinators and Chiefs. The score of the coordinators appeared with values higher than the scores of chiefs of district. There was disagreement on classification, in which four regional classifications showed different between the two instruments by the average of the scores. The quality assigned by PCATool varied among SER, with higher scores for I, IV and V. Derived attributes were best evaluated and responsible thus by higher APS scores (PCATool). The Coordinators score showed no correlation with the score of the Chiefs of District (Kappa coefficient,  $p > 0,05$ ) and no association with the General PCATool score (Kendall Tau b,  $p > 0,05$ ). However, there was moderate and significant association between the scores of chiefs of district and scores of PCATool (Kendall's Tau b = 0,340,  $p = 0,029$ ,  $p < 0,05$ ). Statistic association was found between quality of health services, given by PSF professionals through PCATool, and the core competences development from coordinators, from the vision of Chiefs of Health Districts.

**Keywords:** Assessment Health Services; Primary Health Care; Management of Health Services.

## RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) es considerada internacionalmente como la base de un nuevo modelo de atención sanitaria. En Brasil, con la reorientación de la salud pública, es vista como una oportunidad para hacer realidad los principios y directrices del Sistema Unificado de Salud (SUS). Debido a la intervención de múltiples factores, la gestión del sistema es compleja, exigiendo una sólida base de conocimientos. Este estudio pretende describir el perfil de los coordinadores de los Centros de Salud Familiar (CSF) de Fortaleza-CE y las diferencias entre las Secretarías Regionales de Salud (SER) identificando la relación entre las competencias básicas / actividades administrativas realizadas por los coordinadores y la calidad de los servicios de salud que gestionan. La muestra fue compuesta por 30 de los 91 CSF del municipio. Fueron entrevistados los coordinadores de los CSF y los Jefes de Distrito de Salud de las SER para que indicaran la que los coordinadores utilizaban competencias básicas / actividades administrativas en la gestión de sus servicios (Anexos A y B, respectivamente). Por cada unidad de salud analizada, fueron también entrevistados, sobre la calidad de los CSF donde trabajan, un médico y una enfermera utilizando el instrumento PCATool (Anexo C). Para los tres instrumentos fué utilizada una escala Likert, decreciente y con valores para cada respuesta. A partir de la media aritmética simple de esos valores fué creada una puntuación para cada instrumento; posteriormente, fueron todos convertidos en una escala de 0 a 10 para comparación. El perfil de los coordinadores de CSF mostró una mayoría de mujeres (83%), más de 45 años (63,3%), enfermeiras (40%), con especialización (60%) en área no especificada y con experiencia previa en administración (66,7%). Los testes estadísticos utilizados fueron Correlacion de Kendall e de Spearman para verificar la asociación entre la puntuación de los Coordinadores (anexo A), la puntuación de los Jefes de Distrito (anexo B) y la puntuación general PCATool (anexo C), además lo teste de Kappa para conocer la concordancia entre los coordinadores y los jefes. La puntuación de los Coordinadores fue superior a la de los Jefes de Distrito. Hubo discrepancias en la clasificación de la puntuación de los Jefes de Distrito, con cuatro Regionales con clasificaciones diferentes. La calidad, de acuerdo con el PCATool, fué diferente entre regionales, con puntuación mayor para las SER I, IV y V. Los atributos derivados fueron mejor evaluados, siendo responsables por el aumento de la puntuación global de la APS (PCATool). El atributo con menor puntuación fué la Accesibilidad, con valores entre 3,30 y 4,51. La puntuación de los Coordinadores no mostró concordancia con la de los Jefes de Distrito (Kappa,  $p > 0,05$ ) y no hubo asociación con la Puntuación Global PCATool (Tau b de Kendall,  $p > 0,05$ ). No obstante, fue observada asociación moderada entre la puntuación de los Jefes de Distrito y la Global PCATool (Tau b de Kendall = 0,340,  $p = 0,029$ ). Fue evidenciada una asociación entre la calidad del servicio, de acuerdo con la opinión de los profesionales, y las competencias esenciales realizadas por sus coordinadores, de acuerdo con la perspectiva de los Jefes de Distrito de Salud.

**Palavras-llave:** Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Administración de Servicios de Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pesquisa, avaliação e tomada de decisão. (Contandriopoulos, 2006).

Quadro 1 - Relação dos Bairros de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, Brasil, 2011.

Tabela 1 - Distribuição de Centros de Saúde da Família por SER e amostra para o estudo, Fortaleza – CE, Brasil, outubro 2011.

Tabela 2 - Atributos da Atenção Primária e nº de itens que compõem o instrumento PCATool – Brasil versão para profissionais.

Tabela 3 - Perfil e formação coordenadores dos Centros de Saúde da Família pesquisados, Fortaleza, 2013.

Tabela 4 - Frequência da categoria *Habilidades* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.

Tabela 5 - Frequência da categoria *Atribuições* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.

Tabela 6 - Frequência da categoria *Competências* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.

Tabela 7 - Escore Geral dos Coordenadores por Centro de Saúde da Família e Secretaria Executiva Regional, Fortaleza, 2013.

Tabela 8 - Escore Chefes de Distrito: Competências desenvolvidas pelos coordenadores na perspectiva dos Chefes dos Distritos de Saúde, Fortaleza, 2013.

Tabela 9 - Atributos essenciais e seus componentes por Regional - PCATool, Fortaleza, 2013.

Tabela 10 - Atributos derivados e seus componentes por Regional - PCATool, Fortaleza, 2013.

Tabela 11 - Escore Geral da APS (PCATool) por Centro de Saúde da Família e Secretaria Executiva Regional, Fortaleza, 2013.

Tabela 12 - Coeficiente de Kappa calculado entre respostas dos Chefes de Distrito de Saúde e os Coordenadores das unidades, Fortaleza, 2013.

Tabela 13 - Teste de Diferença de Proporções entre Coordenadores e Chefes de Distrito, Fortaleza, 2013.

Tabela 14- Distribuição valores dos escores em quartis, Fortaleza , 2013.

Tabela 15 - Correlação entre Escore Chefes de Distrito e Escore Geral APS, Fortaleza, 2013.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS-Atenção Primária em Saúde

ABS - Atenção Básica à Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSF - Centro de Saúde da Família

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG-Organizações não-governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCATool -Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool*)

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

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SER - Secretaria Executiva Regional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMSE - Secretaria Municipal de Saúde Escola

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UECE - Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	12
2.1 Atenção Primária e Atenção Básica em Saúde .....	12
2.2 Avaliação em Saúde .....	17
2.3 Gerência na Atenção Primária em Saúde .....	22
3 OBJETIVOS .....	26
3.1 Geral .....	26
3.2 Específicos .....	26
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	27
4.1 Caracterização do estudo .....	27
4.2 Local da pesquisa .....	27
4.3 Período da pesquisa .....	29
4.4 População, amostra e critérios de elegibilidade .....	29
4.5 Instrumentos de coleta de dados .....	31
4.6 Análise dos dados .....	33
4.7 Aspectos éticos .....	36
5 RESULTADOS .....	37
5.1 Instrumento Coordenadores – Ações desenvolvidas na gerência das unidades .....	37
5.2 Instrumento Chefe dos Distritos de Saúde – Ações desenvolvidas pelos coordenadores na perspectiva dos seus supervisores .....	42
5.3 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool .....	44
5.4. Concordância entre Coordenadores dos Centros de Saúde da Família e Chefes de Distrito de Saúde – SER.....	47
5.5 Associação entre atividades gerenciais dos Coordenadores dos Centros de Saúde da Família e a qualidade atribuída pelos profissionais através do PCATool.....	48
6 DISCUSSÃO.....	50
7 CONCLUSÕES.....	62
REFERÊNCIAS .....	64

## APÊNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento I

Apêndice B - Termo de consentimento II

Apêndice C - Termo de consentimento III

## ANEXOS

Anexo A - Instrumento de avaliação I - Coordenadores

Anexo B - Instrumento de avaliação II - Chefe de Distrito

Anexo C - Instrumento III - PCATool (versão profissionais)

Anexo D - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – Submissão Plataforma Brasil

Anexo E - Modelo aprovação Secretaria Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (ex.: Regional I)

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada internacionalmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde, que tenham em seu centro o usuário. Refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (ABS) (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

A municipalização e a descentralização da gestão também foram características reforçadas nesse novo modelo de saúde brasileiro, aproximando-o do cidadão. Como consequência, obteve-se uma série de melhorias em questões relativas à sua organização, ao acesso, à qualidade dos serviços, ao maior controle e à participação social.

Tão complexo quanto esse sistema é a sua gestão, pois aí se encontram múltiplos fatores implicados. Para Mamede (2002), essa tarefa exige bem mais que vontade política e senso comum: requer uma sólida base de conhecimentos. Porém, o que se percebe, muitas vezes, é o uso de improvisação e empirismo.

Geralmente conceitos confusos e quase sinônimos ao senso comum, a criatividade, diferentemente do improvisado, é considerada por Feldman *et al.* (2008) como o aprimoramento de um elemento ou ação conhecidos, não negando o pensamento racional, mas sim partindo dele para construir novas equações para os problemas e suas soluções. Em cenários de muitos obstáculos e falta de autonomia, pode ser considerada como a maneira de prover melhorias e executar as ações necessárias nos serviços.

Para mudar esse quadro, o governo federal, através de ações do Ministério da Saúde (MS), vem incentivando novas tecnologias e políticas de gestão e avaliação do sistema. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, o HumanizaSUS (BRASIL, 2009), tem por objetivo provocar inovações nas práticas

gerenciais e nas práticas de produção de saúde, através de novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do poder.

Em 2011, foi publicada a Portaria Nº 1.654 (BRASIL, 2011a) com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como parte do Programa para Erradicação da Miséria. As ações foram definidas em conjunto com estados e municípios, buscando incentivar os gestores locais a melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários dos serviços.

Outro fato que veio auxiliar a melhoria do sistema foram as discussões sobre a regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, que procura assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, garantidos a partir dos critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Ator fundamental nesse processo de mudanças é o gestor local que, na “ponta” do sistema, costuma ser denominado gerente, por sua função administrativa e gerencial (BRASIL, 2004a). Para exercer essa função complexa é preciso ter conhecimento das áreas da saúde e da administração, ter uma visão geral do contexto em que se está inserido, compromisso social com a comunidade (PASSOS & CIOSAK, 2006), além de um conhecimento sólido dos fundamentos que alicerçam os sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002). Devem conhecer globalmente os serviços desempenhados no local de trabalho, pois as competências requeridas implicam o conceito transversal da integração dos conhecimentos, saberes técnicos, metodológicos e das relações intersubjetivas (ZARIAFIAN, 1999).

A gerência dos serviços de saúde é definida no Glossário de Terminologia em Saúde (BRASIL, 2004a) como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação) que se caracterizam como prestadores dos serviços do SUS. Pode ser refletida também como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde (FERRAZ *et al.*, 2004).

Na maior parte dos municípios brasileiros, o processo de contratação desses profissionais baseia-se na aplicação de critérios pouco objetivos e distantes das necessidades do gerenciamento local. Essa realidade foi apontada em outros estudos (ANDRÉ & CIAMPONE, 2007; FERNANDES *et al.*, 2009), nos quais os autores identificaram que a ascensão à posição de gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS) na maioria das vezes não é decorrente de avaliação meritória, mas proveniente de indicação política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores.

Reconhecendo a importância da avaliação como ferramenta de mudanças, pesquisas nessa área tiveram destaque no Brasil, a partir dos anos 1980, com incentivo da Organização Mundial de Saúde – OMS (RUS-PEREZ, 1998). Muito se pesquisou a partir da satisfação do usuário e essa metodologia de avaliação trouxe muitas contribuições quando se pensa como uma meta a ser alcançada pelos serviços (ESPIRIDIANO & TRAD, 2006), mas não pode por si só atender a todas as necessidades no processo da avaliação. Como citam Serapioni & Silva (2006)

De fato, é fundamental desenvolver uma nova metodologia de avaliação adequada às características desse programa (*Estratégia Saúde da Família*), que não se limite à análise de custos das atividades empreendidas, nem ao nível de satisfação dos pacientes, geralmente sempre muito elevado, como tem documentado a literatura internacional.

Vários são os instrumentos utilizados para avaliar os serviços de saúde. No âmbito da atenção básica brasileira ainda não se dispõe de uma metodologia unificada e preconizada pelo MS para uso em toda a rede. Como possibilidades, têm-se a já citada satisfação dos usuários, as representações sociais, além de instrumentos específicos de avaliação da qualidade como Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), já validados e com publicações de operacionalização pelo Departamento de Atenção Básica do MS.

Por meio de levantamento na literatura de avaliação em saúde, percebeu-se que estudos realizados no Brasil utilizam o PCATool como uma eficaz ferramenta para comparar a qualidade da atenção à saúde em diferentes tipos de serviços de APS, principalmente entre os tradicionais e aqueles que utilizam a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ELIAS & FERREIRA, 2006, VAN STRALEN *et al.*, 2008, CHOMATAS, 2008).

Diante da ausência de trabalhos que enfocassem as práticas desenvolvidas pelos gerentes locais e procurando conhecer a importância do seu papel no funcionamento do sistema, foi realizado em 2007 um estudo de caso em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Fortaleza-CE (SALES, 2007). Pode-se identificar que, embora muitos dos problemas enfrentados não tivessem resolução em um curto prazo ou estivessem além da sua autonomia, a gerência dos recursos repassados não estava sendo bem realizada a nível local e carecia de um planejamento adequado.

O presente estudo procura, portanto, identificar a associação entre as competências essenciais / atividades administrativas desenvolvidas pelos gerentes das UBS e a qualidade de seus serviços, esta última mensurada pela presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, segundo Starfield (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Assim, poder-se-á contribuir para a melhoria dos processos de avaliação, propiciando um adequado planejamento das ações de saúde, inclusive quanto às políticas de recursos humanos dos órgãos públicos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Devido às variadas possibilidades de expressão, polissemia conceitual e metodológica, torna-se obrigatória aqui uma explicitação das opções teóricas e técnicas utilizadas neste estudo.

### 2.1 Atenção Primária e Atenção Básica em Saúde

A Atenção Primária em Saúde é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

A ideia de APS foi inicialmente utilizada no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, como oposição ao modelo flexneriano americano, curativo e reducionista. A separação entre Medicina Preventiva e Curativa foi criticada por Dawson que, ao contrário de Flexner, considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade.

O modelo proposto por Dawson passou a ser o centro do programa de saúde na Inglaterra, sendo depois levado a outros países, como Cuba, após a revolução socialista de 1959, e Canadá, no final dos anos 1960. Esses países podem ser considerados berços de experiências de medicina familiar no mundo (HUBNER & FRANCO, 2007).

Com o clássico modelo de White *et al.* (1961) *apud* Mello *et al.* (2009), chamou-se definitivamente o foco para “atenção médica primária”, ao demonstrarem que a imensa maioria do cuidado médico nos Estados Unidos e Reino Unido era realizada nesse nível de atenção.

Em 1975, o relatório *The Promotion of National Health Services* incorporou pela primeira vez a expressão *Primary Health Care* (Atenção Primária à Saúde) aos documentos da OMS, defendendo a APS como caminho para serviços de saúde mais efetivos (LITSIOS, 2002).

O contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma conferência mundial, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, na antiga União Soviética. Contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Afirmou a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008). Culminou com a publicação do documento “Declaração de Alma-Ata” e com o acordo entre países-membro de garantir “Saúde para Todos no Ano 2000”, fortalecendo o conceito de APS mais aceito atualmente.

Definiu-se assim como a

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

É considerada a porta de entrada do sistema, requerendo maior proximidade com a comunidade, família e indivíduos e buscando responder às necessidades com um custo aceitável à realidade local (SANTOS, 2007). Percebe-se, pelo citado, que a tônica do desenvolvimento e a relação com o setor econômico são muito marcantes

nesse modelo de atenção, como já se mostrava no Relatório Dawson (MATTA & MOROSINI, 2008), no qual o governo inglês buscou orientar a reformulação de seu modelo de atenção à saúde por ser, até então, de elevado custo, crescente complexidade e baixa resolutividade. O uso indiscriminado de tecnologias médicas preocupava a sustentação econômica desse país, fazendo-os pesquisar novas formas de obter menores custos e maior eficiência.

Desse período é a concepção das duas principais características da APS. A primeira seria a *regionalização*, na qual os serviços devem estar organizados de forma a atender às diversas regiões nacionais, e a *integralidade*, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Para Starfield (2002), existem quatro atributos exclusivos ou essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; além de três atributos derivativos: centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural.

Suas definições estão presentes no *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde* (BRASIL, 2010), quais sejam

Primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.

Integralidade: Ações para que os usuários recebam atenção integral, seja biopsicossocial, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

Coordenação: O provedor de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Os atributos derivativos qualificam as ações dos serviços de APS, sendo eles

Centralização na família: considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde.

Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto.

Adequação cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. A identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população (BRASIL, 2010).

Outro conceito que parece pertinente abordar aqui é o de Atenção Básica à Saúde, que muitas vezes se confunde com APS, mesmo entre gestores e pesquisadores na área.

A incorporação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ao conceito de APS levou o SUS a adotar a designação ABS para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA & MOROSINI, 2008). O uso de uma terminologia própria foi importante naquele momento histórico.

Foi a partir da Norma Operacional Básica de 1996 que se viu nos documentos oficiais do MS, nos Relatórios de Conferências e em muitos artigos científicos, o termo ABS (GIL, 2006). Para o MS (BRASIL, 2004b), essa concepção pauta-se na integralidade das ações de

promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde do Brasil. Desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipe interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais frequentes e relevantes.

Ela orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Para Santos (2007), a escolha no Brasil por ABS pode se dar pela ideia de que o termo transmite algo mais simples, elementar e, portanto, de baixa importância e significado, e o que é pior, de baixo impacto. Aponta, também, que para aqueles que vivenciam essas práticas há a concordância de que essas são complexas o suficiente para se posicionar como um nível com diversidade e necessidades específicas, muito distante da definição de “básica”.

Mendes (2005) concorda com esta crítica ao declarar em entrevista que

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a *atenção primária* se denomina aqui de *atenção básica*, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contato.

O conceito de ABS também foi permeado por influências do sistema econômico, num período de políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990. Talvez por isso muito se associe ABS a um pacote básico de serviços para populações mais pobres e vulneráveis.

Percebe-se que grande parte desta discussão é ideológica e poucos fundamentos significativos diferem entre um ou o outro conceito. A própria Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005) diz que, independentemente das causas definitivas, está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma-Ata.

A conclusão de vários autores (GIL, 2006; MELLO *et al.*, 2009; MATTA & MOROSINI, 2008) sobre essa discussão é a inconsistência teórico-conceitual e a necessidade de um debate mais aprofundado entre a academia e a gestão.

Optar-se-á, neste estudo, pela utilização do termo *Atenção Primária* por ser reconhecido internacionalmente e por sua presença na maioria dos documentos e pesquisas de avaliação em saúde, predomínio identificado também por Gil (2006). As definições de Starfield (2002), que fundamentam o instrumento que será utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde – PCATool, tomam igualmente como referência o termo APS.

Citar-se-á *Atenção Básica* quando couber em particularidade local ou estiver presente nos documentos do MS brasileiro.

## 2.2 Avaliação em Saúde

Avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para Rossi & Freeman (2004), *apud* Hartz & Silva (2010), avaliação é a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção. Não se pode esquecer que avaliação constitui um processo político de negociação entre os atores envolvidos na intervenção, sobre o necessário, o percebido e o esperado (SAMPAIO, 2006).

Para avaliar também é preciso conhecer bem o objeto da avaliação, pois ele é construído ou delimitado pelos sujeitos envolvidos no ato de avaliar (BRASIL, 2005). Em se tratando de avaliação em saúde, o objeto de avaliação é um objeto em movimento, sendo necessário cuidado para não reduzi-lo ao recorte da pesquisa.

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação de recursos pelo Estado (UCHIMURA & BOSI, 2002). Já a preocupação em avaliar serviços de saúde, pensando na garantia da qualidade, acontece a partir do início da década de 1980, incentivados pela OMS, que lançou em 1989 um programa de promoção da avaliação da qualidade da APS, com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde a desenvolver métodos e competências apropriadas.

No contexto brasileiro, com a implantação do SUS no final da década de 1980, as avaliações em saúde focaram os indicadores epidemiológicos, produzindo análises comparativas entre coeficientes e índices de morbimortalidade, bem como os indicadores quantitativos de oferta da assistência (TANAKA & ESPIRITO SANTO, 2008). A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a atenção

básica em diversos aspectos empreendidos por centros acadêmicos e incentivados pelo MS (ALMEIDA & GIOVANELLA, 2008), principalmente pela grande expansão da ESF e o fortalecimento da ABS.

Buscava-se, nesse momento, efetivar o princípio da integralidade, surgindo a necessidade da melhoria da qualidade da assistência e resolubilidade dos serviços de saúde. Viu-se, em consequência, um grande aumento das pesquisas que avaliavam a satisfação dos usuários dos serviços. Esse interesse foi reforçado porque muitos estudos (AHARONY & STRASSER, 1993; BERNHART *et al.*, 1999; JOHANSSON *et al.*, 2002) mostraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento, fornecer informações adequadas e dar continuidade ao acompanhamento.

Foi criada, nesse período, a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica do MS, com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação da ABS. Posteriormente passou a ser denominada Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, com a missão de fortalecer o papel da avaliação e criar uma cultura avaliativa nas três esferas do governo.

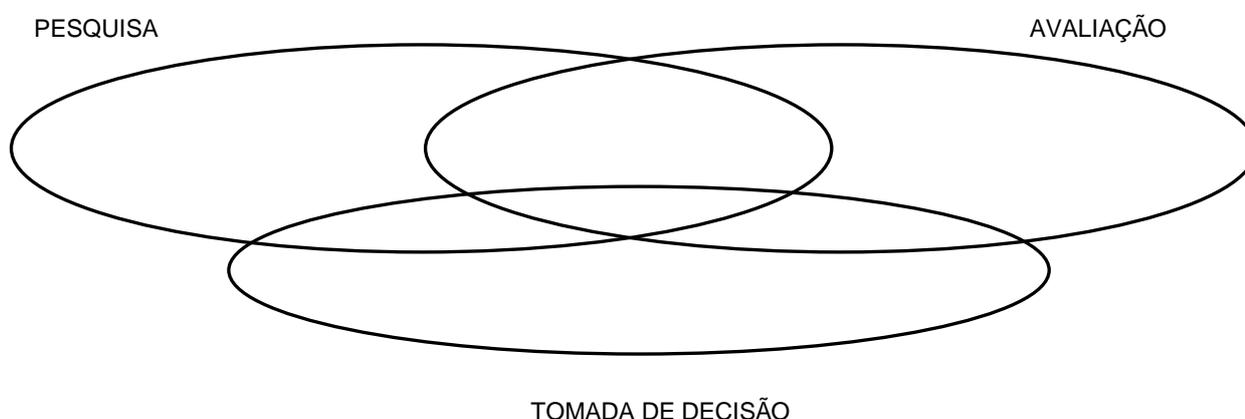
O MS considera, então, a avaliação como um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-delimitados, numa realidade complexa e permeada por relações de poder, que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico (BRASIL, 2004b).

No seu objetivo final, a avaliação é um instrumento da gestão que procura analisar o alcance e as dificuldades em atender, pela tecnologia disponível nos serviços de saúde, a fim de aprimorar o sistema de saúde (TANAKA & ESPIRITO SANTO, 2008).

Para alcançar suas metas, em uma avaliação é necessária a utilização de instrumentos validados e metodologias adequadas ao contexto que se quer conhecer. Vários pesquisadores propuseram classificações, além de modelos teóricos e instrumentos para auxiliar o processo avaliativo.

A divisão conceitual e metodológica realizada por Contandriopulos (2000), *apud* Contandriopulos (2006), diz que a avaliação pode ser considerada uma *pesquisa avaliativa* ou *avaliação normativa*. A primeira seria elaborada a partir de

procedimentos científicos e a segunda seria o resultado da aplicação de critérios e normas. Uma pesquisa avaliativa pode se decompor ainda em seis tipos: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação. A avaliação normativa geralmente é feita por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e gestão da intervenção. Para este autor, as áreas da pesquisa, da avaliação e da tomada de decisão estão interligadas, mas não se sobrepõem. Para explicar melhor essa intersecção, ele desenvolveu um diagrama (figura 1), exposto a seguir:



**Figura 1 - Pesquisa, avaliação e tomada de decisão. (CONTANDRIOPOULOS, 2006)**

Para Guba & Lincoln (1989), *apud* Vasconcelos *et al.* (2008), uma avaliação pode ser de primeira, segunda, terceira ou quarta geração. As avaliações de primeira geração são aquelas inerentes aos processos verticalizados, baseada em padrões preestabelecidos e preocupados com mensurações. As de segunda geração são centradas na descrição dos fatores que podem interferir no objeto estudado. Já nas de terceira geração inclui-se o julgamento, e as de quarta geração, tidas como ideais pelo autor, tem-se a participação dos diferentes atores interessados na avaliação, caracterizando-se como negociação.

A complexidade deste campo é citada por diversos autores que discorrem sobre avaliação (BOSI & MERCADO, 2006; SERAPIONI & SILVA, 2006). Para eles, a própria definição do termo *qualidade* ainda gera discussões.

Donabedian foi um dos principais estudiosos sobre avaliação da qualidade e construiu um modelo teórico no qual a qualidade é compreendida em três abordagens: estrutura – recursos materiais, humanos e organizacionais, processo – tudo aquilo que medeia a relação profissional-usuário, e resultado, mensurado a partir da satisfação dos usuários ou alcance de indicadores e metas esperados (SILVA, 2006).

A crítica ao emprego da satisfação para avaliação da qualidade é encontrada em alguns estudos (ESPIRIDÃO & TRAD, 2006; GOUVEIA *et al.*, 2009) alertando que uma vez que esta é baseada na expectativa dos usuários, pode-se estar avaliando outros itens envolvidos. O próprio termo satisfação é considerado vago e fluido, pois muitas vezes o próprio usuário entrevistado não sabe precisar seu significado, associando-o ao acesso aos serviços.

Outro pesquisador que se destaca nos estudos da área, Øvretveit (1988 *apud* SERAPIONI & SILVA, 2011), conceitua três dimensões da qualidade, quais sejam: qualidade percebida pelos pacientes – o que desejam do serviço, qualidade técnica definida pelos profissionais – se os procedimentos são executados de forma apropriada – e qualidade na perspectiva gerencial – sobre o uso eficiente dos recursos para responder às necessidades dos usuários dentro dos limites das diretrizes.

Tem-se ainda a proposta de Kessner (1973) para avaliar a qualidade da atenção ambulatorial, permitindo a análise dos componentes de forma horizontal, tendo como guia doenças que atendam aos seguintes critérios: impacto funcional, tecnologia de intervenção conhecida e disponível, facilidade de diagnóstico, taxa de prevalência relevante, clareza e disponibilidade de técnicas diferenciadas de prevenção, tratamento e reabilitação. Esse método tem sido usado nos Estados Unidos pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* e pelo Sistema Público de Seguro de Saúde (TANAKA & ESPIRITO SANTO, 2008).

Como opções metodológicas para a avaliação, tem-se ainda a divisão entre as pesquisas quantitativas e qualitativas. As quantitativas buscam, sob um aspecto mais positivista, conhecer os fatos objetivos, observáveis e quantificáveis. O segundo, o método qualitativo, se pauta principalmente no princípio das pesquisas sociais que o defendem como um método que apreende o significado do fenômeno tal como

percebido pelos atores sociais (BOSI & MERCADO, 2006). Nessa linha, seguem a maioria dos estudos sob a perspectiva da satisfação dos usuários.

O que se sabe, porém, é que os diferentes métodos de avaliação são necessários para verificação daquilo que se quer com o processo avaliativo, ou seja, para cada objeto de avaliação um método será mais adequado que outro na busca do conhecimento desejado; têm-se diferentes métodos para diferentes tipos de avaliação.

Os mais adequados seriam aqueles que pudessem utilizar diferentes metodologias (MINAYO *et al.*, 2005) e que, ao mesmo tempo, buscassem conhecer os pontos de vista dos diversos atores envolvidos, como profissionais, gestores e usuários (SERAPIONI & SILVA 2011). Entretanto, a realização de estudos complexos e de grande porte, como o descrito, demanda uma numerosa e capacitada equipe envolvida, investimento financeiro considerável e um longo período para coleta e análise do grande volume de dados.

Essa questão também foi percebida por outro autor (CONTANDRIOPOULOS, 2006) que apontou que o grande desafio para a avaliação é incorporar nas suas estratégias os pontos de vistas de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível.

Outra necessidade levantada é a realização de pesquisas que apótem evidências sobre o impacto das inovações propostas pela ESF na organização do sistema e na saúde da população (ALMEIDA & GIOVANELLA, 2008).

O maior desafio, talvez, é a dificuldade de realizar pesquisas avaliativas no Brasil e as inúmeras tentativas de institucionalizar a avaliação nos serviços de atenção primária (BRASIL, 2005; TANAKA, 2006; FELISBERTO *et al.*, 2010). Existe, assim, uma resistência a esses processos avaliativos por quase sempre estarem associados ao sentimento de que possam acarretar mudanças, aumento de cobrança e do volume de trabalho, punições ou perda de poder (FELISBERTO *et al.*, 2010). Ainda não faz parte da cultura das instituições, pouco incorporada à prática, possuindo mais um caráter prescritivo e burocrático.

Defende-se o princípio que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional (FELISBERTO, 2006).

### **2.3 Gerência na Atenção Primária em Saúde**

O gestor da saúde do século XXI deve gerir os fins do sistema de serviços de saúde e basear suas decisões em evidências. Isso representa uma grande mudança do modelo anterior e exigirá uma compreensão profunda das entranhas desse complexo sistema social (MENDES, 2002). André & Ciampone (2007) concordam e acrescentam à discussão que o despreparo do gestor é um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde, levando então à manutenção de projetos que deveriam ser superados.

Alcançar esses objetivos na gerência dos serviços de APS é uma tarefa complexa para a maioria dos gestores que estão à frente das unidades de saúde. Historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. O processo de descentralização do SUS colocou a competência gerencial como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo (FERNANDES *et al.*, 2009).

Diante de tantos desafios para a consolidação desse nível de atenção como porta de entrada do sistema, com ações resolutivas e de qualidade, Santos (2007) afirma que um gestor deve ser capaz de assimilar as necessidades, complexidades e diversidades atuais. São inúmeras as dificuldades, desde a macro até a micropolítica.

A burocracia muitas vezes provoca um 'engessamento' até dos processos decisórios mais simples, ainda verticalizados e centralizados nas instâncias superiores da gestão, restringindo a autonomia dos gerentes e dificultando a melhoria dos serviços. Como exemplo de obstáculos, André & Ciampone (2007) citam a lentidão dos processos, os objetivos dos serviços que não são discutidos com os executores, as práticas de controle inadequadas e a falta de plano de cargos e carreiras. Comentam

ainda que os gestores considerados mais eficazes são aqueles que passam a maior parte do tempo administrando pessoas e tomando decisão em relação a elas, afirmando que o investimento em capital humano é o aspecto mais valorizado para atingir bons resultados.

Para alguns autores, um dos maiores obstáculos se dá ainda durante a graduação profissional, na qual muitas escolas têm o foco voltado para a excelência do desenvolvimento técnico (WEIRICH, 2009), além de uma insuficiência na abordagem dos conteúdos de saúde coletiva (CUBAS, 2005).

Quando no exercício do cargo de gerente, percebe-se dificuldade no manejo da maioria das ferramentas de gestão e na execução de planejamento e avaliação locais. Essa falha tenta ser suprida pelos cursos de capacitação, para sanar a dificuldade de qualificação gerencial, como uma condição fundamental para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde (FERRAZ *et al.*, 2004; PESSOA *et al.*, 2011).

O MS, então, criou em 1993 o Projeto GERUS, que aparece como uma intervenção no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, voltado para a qualificação técnica e administrativa dos gerentes das unidades básicas de saúde (RAMIRES *et al.*, 2004). Porém, mesmo após anos de existência, verifica-se que, na prática, ele ainda não conseguiu dar conta das dificuldades que o setor enfrenta.

Em pesquisa recente, Leão & Caldeira (2011) utilizaram o instrumento de avaliação PCATool e confirmaram, de forma clara, o importante papel da qualificação dos profissionais para efetivação dos atributos da APS. Observaram que a residência de medicina de família e comunidade e a residência multiprofissional em saúde da família são modalidades de pós-graduação especiais e devem, de fato, ser tomadas como “padrão-ouro” no processo para a especialização dos profissionais envolvidos na ESF.

Além de adequada capacitação técnica, o perfil de um bom gerente compreende liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos e ética. O perfil gerencial pode, então, ser definido como um conjunto de atitudes, aptidões e habilidades mediante as quais o gerente desenvolve a gestão dos serviços de saúde (ALVES, 2007).

---

Essa tríade foi primeiramente citada nos estudos de Prahalad & Hamel (1990), intitulado *The Core Competence of the Corporation*. Para esses autores, as *competências essenciais* da gerência que devem estar presentes na organização de uma empresa, podem ser divididas entre *atitudes, conhecimentos e habilidades*. Uma competência essencial pode ser representada como uma função multiplicadora de fatores como: variadas tecnologias (duras e leves), aprendizado coletivo (multinível e multifuncional) e capacidade de compartilhar (além das fronteiras empresariais e geográficas). Afirmam que para desenvolver as competências são necessárias a educação continuada dos funcionários, o uso contínuo das competências e aplicá-las no trabalho em equipe (LAZZAROTTO *et al.*, 2003).

Fernandes *et al.* (2009) citam ainda que os componentes necessários às competências envolvem o conhecimento, ou “saber” adquirido; as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, ou “saber fazer”, isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos.

Dados de um estudo realizado no município de São Paulo, sobre competências gerenciais, mostraram que a percepção dos gerentes de unidades básicas de saúde tende a uma visão simplista e que existe despreparo desses agentes para assumirem essa posição. Sugerem a instituição de um sistema de avaliação de competências e certificação de formação profissional meritória, na qual cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos (ANDRÉ & CIAMPONE, 2007).

Tanaka *et al.* (1999) comentam com otimismo que, apesar de tantas dificuldades e do padrão de descontinuidade que caracteriza a administração pública brasileira, é possível afirmar que, de um modo geral, há tendência para a melhor formação dos administradores locais, ainda que se façam necessários investimentos adicionais.

Convergindo com os objetivos do presente estudo, Lazzarotto *et al.* (2003) afirmam que a capacidade gerencial pode ser avaliada por meio da qualidade e eficácia dos serviços prestados na unidade e, para tanto, necessita de um perfil baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes, para transformar, inovar, transcender e tornar as organizações de saúde mais resolutivas.

Não se afirma aqui que a função de gerência, planejamento e avaliação é exclusiva dos gerentes, pois ela é também responsabilidade dos trabalhadores da

saúde e dos usuários (WEIRICH, 2009), possibilitando o desenvolvimento de grupos e sujeitos mais críticos e criativos, reconstruindo saberes e práticas (RAUPP, 2007). Tampouco pode ser creditada somente à gerência a potência de transformar os serviços de saúde (FERRAZ *et al.*, 2004).

Porém, sabe-se que a gerência realizada de forma adequada é um importante instrumento de mudanças, imprimindo uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas (FERRAZ *et al.*, 2004). Ao diminuir a distância entre os que comandam, dirigem e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde redistribui-se o 'poder de decidir'.

A gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas (FERNANDES *et al.*, 2009).

---

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 GERAL**

Descrever o perfil dos coordenadores dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE e as diferenças entre as regionais de saúde do município, identificando a associação entre as competências desenvolvidas pelos coordenadores e a qualidade de seus serviços de saúde, medida pelos atributos da Atenção Primária em Saúde.

### **3.2 ESPECÍFICOS**

3.2.1 Descrever o perfil e a formação acadêmica dos coordenadores dos Centros de Saúde da Família;

3.2.2 Caracterizar as competências (habilidades, atribuições e competências) desenvolvidas pelos coordenadores na gerência de seus serviços;

3.2.3 Aferir a qualidade das unidades na perspectiva dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da presença dos atributos da Atenção Primária em Saúde e do cálculo do Escore Geral da APS (PCATool);

3.2.4 Expor as diferenças encontradas entre as Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza, quanto à presença dos atributos da Atenção Primária e as competências dos coordenadores dos Centros de Saúde da Família;

3.2.5 Verificar a associação estatística existente entre o Escore dos Coordenadores (instrumento coordenadores), Escore dos Chefes de Distrito (instrumento chefes de distrito) e o Escore Geral da APS (PCATool).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Caracterização do estudo**

O estudo é do tipo quantitativo, com caráter descritivo e analítico. O método quantitativo de avaliar é caracterizado pelo emprego de quantificação, tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas e possui a intenção de garantir a precisão dos resultados, classificando a relação entre as variáveis (RICHARDSON, 1999, *apud* COSTA *et al.*, 2008).

Segundo Arango (2009), a pesquisa descritiva encarrega-se do levantamento, organização, classificação e descrição dos dados em tabelas e outros recursos visuais, além do cálculo de parâmetros representativos desses dados. A analítica trabalha com os dados de forma a estabelecer hipóteses em função desses dados e elabora conclusões científicas.

Este estudo também pode ser caracterizado como uma pesquisa avaliativa, pois trata-se de um julgamento que é feito sobre as práticas sociais, a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre a característica dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do uso de metodologias científicas (SILVA, 2010).

### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará, figurando hoje como a quinta maior do País. Atualmente, o município possui cerca de 2.315.116 habitantes, de acordo com Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010 (BRASIL, 2011b), sendo a cidade mais povoada do Ceará e a 91ª mais povoada do mundo. Tal contingente representa 46,5 da população do estado. A densidade demográfica é de cerca de 6.824,1 habitantes por km<sup>2</sup>.

Para auxílio na administração, desde a publicação da Lei Municipal 8.000, de 25 de janeiro de 1997, a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) foi dividida em seis regiões administrativas denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER), formadas individualmente por bairros circunvizinhos que apresentam semelhanças em termos de necessidades e problemas. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As SER estão assim distribuídas, em bairros:

**Quadro 1: Relação dos Bairros de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, Brasil, 2011.**

<b>Regional</b>	<b>Bairros</b>
SER I	Barra do Ceará, Cristo Redentor, Pirambu, Moura Brasil, Carlito Pamplona, Jacarecanga, Vila Velha, Farias Brito, Monte Castelo, Jardim Iracema, Alagadiço, Vila Ellery, Floresta, São Gerardo.
SER II	Centro, Praia de Iracema, Praia do Meireles, Mucuripe, Vicente Pizon, Cais do Porto, Salinas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Cidade 2000, Cocó Dionísio Torres, Dunas, Papicu, Aldeota, Varjota, Praia do Futuro I e II, Joaquim Távora e São João do Tauape.
SER III	Quintino Cunha, Presidente Kennedy, Parquelândia, Parque Nunes, Pici, Bela Vista, Amadeu Furtado, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Antônio Bezerra, Padre Andrade e Parque Araxá.
SER IV	José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Demócrito Rocha, Couto Fernandes, Montese, Pan Americano, Serrinha, Itaoca, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê, Vila Peri, Parangaba.
SER V	Genibaú, Conjunto Ceará, Granja Portugal, Maraponga, Prefeito José Walter, Parque São José, Granja Lisboa, Conjunto Esperança, Mondubim, Siqueira, Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Planalto Airton Sena, Canindé e Bom Jardim.
SER VI	Alto da Balança, Aerolândia, Jardim das Oliveiras, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cidade dos Funcionários, Edson Queiroz, Sapiranga, Coité, Alagadiço Novo, Messejana, Parque Manibura, Sabiaguaba, Lagoa Redonda, Barroso, Jangurussú, Ancuri, Pedras, Paupina, Parque Dois Irmãos, Coaçu, Passaré, Cajazeiras, Cambeba, Curió, Guajirú, Parque Dois Irmãos.

Cada SER possui células de trabalho com divisões semelhantes às secretarias da PMF (Saúde, Educação etc.), responsáveis pela gestão e coordenação. A Célula ou Distrito de Saúde, por exemplo, coordena os serviços de saúde sob administração da PMF, como serviços de atenção primária (postos de saúde) e atenção secundária (hospitais distritais).

Nas duas últimas décadas, no âmbito da saúde, o município tem como reorientação do modelo municipal a ESF, com crescente expansão do número de

unidades e contratação de novos profissionais. Segundo a SMS, por dados disponíveis em outubro de 2011, a rede básica é composta por 91 CSF, com 260 médicos, 305 enfermeiros, 317 auxiliares de enfermagem, 207 dentistas, distribuídos entre 320 equipes, sendo somente 253 destas completas.

A coleta de dados foi realizada nos CSF integrantes da rede de atenção básica à saúde no município de Fortaleza–CE e nos Distritos de Saúde de cada SER, onde os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e foi solicitada a sua participação na pesquisa. Entrevistadores foram treinados quanto a correta aplicação dos instrumentos.

Como particularidade do município, convencionou-se chamar o gerente das unidades básicas de saúde de *coordenadores*. Entretanto, estes exercem atividades semelhantes à função de gerente. Tomar-se-á como referência na apresentação e discussão dos resultados o termo *coordenador*, pois essa denominação é consolidada na prática do município pesquisado.

### **4.3 Período da pesquisa**

A coleta dos dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2012. A análise dos mesmos, a redação do relatório final e da dissertação se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2013.

### **4.4 População, amostra e critérios de elegibilidade**

A população do estudo foi composta pelos 91 CSF do município de Fortaleza-CE. Estudos de bioestatística, segundo Arango (2009), recomendam que em populações finitas de número reduzido (<100) o ideal seria a cobertura e coleta de dados com o total da população. Entretanto, devido à restrição de tempo e de uma pequena equipe de pesquisadores, optou-se por amostra obtida de forma não-probabilística.

Diante desta dificuldade, utilizou-se, segundo o proposto por Cochran (1977), o tamanho mínimo de uma amostra para a realização de cálculos estatísticos,

que deve ser de 30 (trinta). Este valor corresponde a 33% do total da população pesquisada.

A amostra foi distribuída proporcionalmente entre as SER, de acordo com a quantidade de unidades adstritas a cada uma das regionais. Ou seja, as SER com maior número de CSF também tiveram um maior número de unidades pesquisadas.

A seguir, uma tabela descreve o total de unidades que compõem cada SER e o número correspondente que foram tomadas para a amostra.

**Tabela 1 - Distribuição de Centros de Saúde da Família por SER e amostra para o estudo, Fortaleza – CE, Brasil, outubro 2011.**

<b>Secretaria Executiva Regional</b>	<b>Centro de Saúde da Família (N)</b>	<b>Amostra (n)</b>
<b>I</b>	12	4
<b>II</b>	11	3
<b>III</b>	16	5
<b>IV</b>	12	4
<b>V</b>	20	7
<b>VI</b>	20	7
<b>Total</b>	91	30

A escolha das unidades foi realizada por sorteio por pesquisador não integrante da equipe de coleta de dados, dentre aquelas unidades que tinham gerentes em exercício da função na unidade pesquisada há pelo menos um ano. A substituição das unidades, quando necessária, também se deu por sorteio.

O instrumento de competências gerenciais (anexo A) foi respondido pelos coordenadores dos CSF.

Devido à possibilidade de distorções por essa autoavaliação dos coordenadores, um segundo instrumento (anexo B, recorte do anexo A) foi respondido pelos chefes dos distritos de saúde de cada regional pesquisada, indivíduos supervisores dos coordenadores. Os chefes dos distritos de saúde foram entrevistados nas sedes das SER e quando estavam impossibilitados de fazê-lo delegaram essa atividade para outro membro da Célula de Saúde, também supervisor dos coordenadores (como Chefe da Atenção Básica, Coordenador da Vigilância Sanitária etc.) que consideravam habilitados para ser respondente, visto terem o conhecimento necessário para esse mister.

Foram entrevistados um médico e um enfermeiro de cada unidade pesquisada, respondendo ao instrumento PCATool – Brasil, versão *profissionais* (anexo C). Aquelas unidades em que um dos profissionais (médico ou enfermeiro) encontrava-se ausente de suas atividades (licença ou férias) quando da aplicação do instrumento e onde não houve outro disposto a colaborar com a pesquisa, foram substituídas, mediante sorteio, por outra unidade dentro da mesma regional.

#### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

O primeiro instrumento, aplicado junto aos gerentes das CSF (anexo A), detém perguntas referentes a experiências profissionais anteriores e formação acadêmica, bem como a caracterização do vínculo empregatício com a Prefeitura de Fortaleza.

Contém também uma escala de Likert adaptada do estudo realizado por Fernandes *et al.* (2009), segundo distribuição de Ávila (2005), realizado em Caxias do Sul-RS, no qual se buscou identificar as competências e as atividades desenvolvidas pela gerência. Essa escala é composta por trinta perguntas agrupadas em três categorias, a saber: *habilidades*, *atribuições* e *competências*. As respostas da escala de cinco pontos variam entre: sempre, quase sempre, frequentemente, raramente, nunca e sem resposta, com atribuições de valores para cada uma, a saber: 5, 4, 3, 2, 1, 0, respectivamente. Foi solicitado aos entrevistados que indicassem com que frequência exerciam as atividades e competências indicadas no instrumento, na administração dos seus serviços.

O segundo instrumento (anexo B) foi um recorte do primeiro, aplicado aos Chefes dos Distritos de Saúde de cada SER, a fim de evitar viés de autoavaliação. Contém seis das 30 perguntas do instrumento A, aplicado a seus coordenadores supervisionados, com duas questões de cada uma das três categorias sobre as competências e as atividades que estes últimos desenvolviam em suas unidades. As perguntas foram as de número 11, 15, 19, 21, 25 e 34, versando respectivamente sobre *planejamento*, *negociação*, *análise das condições de saúde*, *demanda espontânea*, *trabalho em equipe* e *correção de desempenho*.

. Para os profissionais das equipes de Saúde da Família das unidades pesquisadas, utilizou-se um instrumento para a avaliação da qualidade de seus serviços, integrante do *Primary Care Assessment Tool* (anexo C), já aplicado em outros países (PASARÍN, 2007; LEE, 2000). Esse instrumento foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores do *John Hopkins Primary Care Policy Center*, dirigido por Barbara Starfield, objetivando avaliar e mensurar a qualidade da APS, entendendo a grande importância desse nível de atenção no sistema de saúde.

Foi validado para a língua portuguesa pelo MS, recebendo o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool – Brasil (HARZHEIM, 2006). Esse instrumento contém critérios de avaliação da qualidade através da presença dos atributos da atenção primária, divididos em três seções: uma para profissionais de saúde e duas para usuários (adultos e crianças).

Aplicou-se, neste estudo, a versão para profissionais, que foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo *Integralidade*, contidos na versão para Crianças (BRASIL, 2010). Esse instrumento é composto por 77 itens, divididos em oito componentes em relação aos atributos da APS.

**Tabela 2 - Atributos da Atenção Primária e nº de itens que compõem o instrumento PCATool – Brasil versão para profissionais.**

Atributos da Atenção Primária em Saúde	Itens
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)	9
Longitudinalidade (B)	13
Coordenação – Integração de Cuidados (C)	3
Coordenação – Sistema de Informações (D)	3
Integralidade – Serviços Disponíveis (E)	22
Integralidade – Serviços Prestados (F)	15
Orientação Familiar (G)	3
Orientação Comunitária (H)	6

#### 4.6 Análise dos dados

O banco de dados foi construído em planilhas do *EXCEL, Microsoft 2010*, e, posteriormente, exportadas para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*

versão 17, no qual os dados foram processados para análise descritiva e inferencial. A análise descritiva foi apresentada em tabelas, por meio de frequências absolutas e relativas.

O Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool (Brasil, 2010) preconiza a construção de escores para cada um dos atributos e de um escore geral para análise do instrumento. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

O escore dos atributos essenciais é medido pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais dividida pelo número de componentes. Da mesma forma, é realizado o cálculo do escore dos atributos derivados.

$$(A + B + C + D + E + F) / 6 = \text{Escore atributos essenciais}$$

$$(G+H) / 2 = \text{Escore de atributos derivados}$$

Por fim, o Escore Geral da APS é medido pela soma dos escores médios dos componentes dos atributos essenciais e dos componentes dos atributos derivados, dividida pelo número total de componentes.

$$\frac{(\text{Componentes dos Atributos Essenciais}) + (\text{Componentes dos Atributos Derivados})}{\text{número total de componentes}}$$

$$(A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$$

Finalizado o cálculo do escore geral, o manual recomenda a conversão para escala de 0 a 10, através do cálculo a seguir:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$$

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

Para uma melhor comparação entre os instrumentos e a realização dos cálculos estatísticos, foram construídos o Escore dos Coordenadores (anexo A) e o

Escore dos Chefes de Distrito (anexo B), seguindo a mesma orientação do Manual PCATool. Foi realizada a média aritmética simples de cada uma das três categorias e a média geral. Após, o valor final foi convertido em escala de 0 a 10, seguindo a mesma equação sugerida anteriormente, a fim de que os dois escores estivessem em uma mesma escala para adequada comparação.

[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 5 (valor máximo) – 1 (valor mínimo)

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4}$$

Foi aplicado o Coeficiente de Kappa (ARANGO, 2009) entre os resultados do instrumento dos coordenadores (anexo A) e os resultados do instrumento dos chefes de distrito de saúde (anexo B). Buscou-se verificar o número de respostas concordantes ou o número de casos cujo resultado é o mesmo entre os observadores do mesmo fenômeno. No presente estudo, esse fenômeno são as competências gerenciais desenvolvidas pelos coordenadores dos CSF na administração dos serviços. Essa concordância varia de +1 a -1, onde +1 é a concordância total ou perfeita e -1 significa que os avaliadores classificaram exatamente o oposto.

Esse teste compara respostas qualitativas e, devido ao pequeno tamanho da amostra e às frequências parciais também pequenas dificultarem os cálculos estatísticos, optou-se por descrever os resultados comparando o maior escore ao agrupado dos demais. Tem-se assim a frequência *sempre* (cinco) comparada ao agrupado das frequências *quase sempre* (quatro), *frequentemente* (três), *raramente* (dois), *nunca* (um) e sem resposta (zero), considerado para a análise como *outras opções*.

Realizou-se também o Teste para Diferença entre duas Proporções entre os resultados dos instrumentos A e B.

Por fim, como objetivo principal do estudo, buscou-se identificar se a utilização das ferramentas e competências administrativas na coordenação dos Centros de Saúde da Família está associada a uma maior qualidade desses serviços.

Inicialmente, verificou-se a possibilidade de aplicação de um modelo de regressão linear. Para isso, foi testada a normalidade dos Escores dos Coordenadores,

dos Escores dos Chefes de Distrito e dos Escores Gerais da APS, através do teste de Shapiro-Wilk. O Escore dos Coordenadores e o dos Chefes de Distrito não aderiram à suposição de normalidade ( $p > 0,05$ ). Foi tentada a transformação logarítmica dos dados e a transformação quadrática, contudo os dados continuaram não aderindo à suposição de normalidade. Por fim, tentou-se excluir os casos extremos, contudo também não houve adesão à suposição de normalidade. Portanto, não foi possível a utilização de estatística paramétrica.

Foi necessária, assim, a aplicação de testes não-paramétricos de associação recomendados na literatura: Correlação de postos de Spearman e Correlação de postos de Kendall (SCHEFLER, 1981, KIRKWOOD, 1988). As correlações foram testadas ao nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

O teste de Correlação de Spearman pode ser considerado o equivalente ao teste paramétrico de Pearson (KIRKWOOD, 1988). Os testes não-paramétricos são poderosos substitutos dos testes paramétricos, especialmente nos casos em que as amostras são pequenas, naqueles em que a distribuição dos dados não é normal ou ainda quando dados discrepantes (*outliers*) ocorrem. Dentre as técnicas não-paramétricas, o coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) é uma das mais conhecidas e utilizadas na prática. Esse coeficiente é utilizado em substituição ao coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) nos casos em que a binormalidade dos dados não ocorre e ainda em situações envolvendo poucos pares de dados (MILLER & MILLER, 1988).

#### **4.7 Aspectos éticos**

A inserção dos participantes no estudo se deu após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, conforme orientação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foram esclarecidos quanto à minimização de danos e riscos, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Realizou-se uma explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar. Os entrevistados podiam deixar a pesquisa no momento que desejassem.

Pela particularidade de cada grupo de indivíduos pesquisados e a utilização de diferentes tipos de instrumentos, optou-se por três diferentes Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices A ao C), pois cada um atende à especificidade do instrumento aplicado em questão.

A coleta de dados se deu após avaliação e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) participante da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (anexo D), da autorização da Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (SMSE) e do consentimento de cada Chefe de Distrito das regionais de saúde das SER (vide modelo no anexo E).

## 5 RESULTADOS

A seguir, os resultados estão expostos através da descrição dos achados de cada um dos três instrumentos aplicados na pesquisa e por meio dos resultados dos testes estatísticos de associação aplicados entre eles.

### 5.1 Instrumento Coordenadores – Ações desenvolvidas na gerência das unidades

A tabela 3 mostra o perfil dos coordenadores dos CSF pesquisados. Alguns dos entrevistados se recusaram a responder a todos os itens, dificultando a construção do perfil gerencial. Destacaram-se, assim, os pontos respondidos em todos os instrumentos e complementações a partir de informações obtidas dos currículos da Plataforma Lattes de cada gestor, disponíveis na internet no momento da análise dos dados.

A formação básica (graduação) dos coordenadores foi na área da assistência em saúde, com apenas um deles com curso superior em Administração Hospitalar. O bacharelado em enfermagem corresponde à maioria, com 40% do total ou 12 profissionais. As demais profissões aparecem em menor número, com dois odontólogos, dois fisioterapeutas e um profissional de cada área, das quais: Terapia Ocupacional, Medicina e Nutrição.

A faixa etária de grande parte 19 (63,3%) dos coordenadores foi de 45 anos ou mais. A variação foi de 28 a 58 anos de idade. A maioria era do sexo feminino, com frequência de 25 (83%) do total dos coordenadores.

A pós-graduação mais frequente foi apontada como o nível de especialização 18 (60%), não sendo possível determinar qual o curso de maior frequência, pois poucos entrevistados fizeram essa especificação nos instrumentos.

Cada profissional pode responder a mais de uma área em que tinha experiência, justificando-se, assim, a soma das frequências ser maior que 100%. Percebe-se que a maioria 20 (66,7%) refere experiência anterior na área administrativa.

Grande parte é servidor público 11 (36,7%) e exercia carga horária de 40h semanais da unidade 29 (96,7%).

Seis profissionais não responderam à questão sobre o vínculo empregatício com a PMF e não foi possível obter esta informação de outra fonte.

**Tabela 3 - Perfil e formação coordenadores dos Centros de Saúde da Família pesquisados, Fortaleza, 2013.**

Variável	n (%)
<b>Idade (em anos)</b>	
25 – 34	1 (3,3)
35 – 44	10 (30,3)
45 e +	19 (63,3)
<b>Sexo</b>	
Feminino	25 (83,0)
Masculino	5 (17,0)
<b>Formação Acadêmica</b>	
Graduação	9 (30,0)
Pós-graduação      Especialização	18 (60,0)
Mestrado	3 (10,0)
<b>Experiência profissional anterior<sup>(1)</sup></b>	
Administrativa	20 (66,7)
Assistência Hospitalar	10 (30,3)
Ensino	2 (6,7)
PSF	3 (10,0)
<b>Vínculo empregatício com a prefeitura <sup>(2)</sup></b>	
Servidor público	11 (36,7)
Terceirizado	4 (13,3)
Comissionado	9 (30,0)
<b>Carga horária semanal na unidade</b>	
20h	1 (3,3)
40h	29 (96,7)

Chamadas: (1) Cada profissional pode responder a mais de uma área em que tinha experiência; (2) Seis profissionais não responderam esta pergunta e não foi possível obter esta informação de outra fonte.

A segunda parte do primeiro instrumento (Anexo A) corresponde à frequência com que os coordenadores realizavam as atividades e competências gerenciais em suas unidades.

A tabela 4 descreve os resultados da categoria *habilidades* do instrumento dos coordenadores.

**Tabela 4 – Frequência da Categoria *Habilidades* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.**

Frequência	Comunicação		Organização		Planejamento		Tomada de Decisão		Tecn. Leve		Tecn. Dura		Negociação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Resposta	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3	-	-	3	10,0
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raramente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3	-	-
Frequentemente	2	6,7	3	10,0	5	16,7	3	10,0	3	10,0	3	10,0	5	16,7
Quase Sempre	9	30,0	8	26,7	9	30,0	8	26,7	6	20,0	10	33,3	3	10,0
Sempre	19	63,3	19	63,3	16	53,3	19	63,3	20	66,7	16	53,3	19	63,3

O item que obteve maior frequência da resposta *sempre* com valor de 20 (66,7%) foi sobre o uso de tecnologias leves. Essa é uma característica marcante dos modelos de saúde da Atenção Primária.

Com frequência um pouco menor destacam-se: Comunicação, Organização, Tomada de decisão e Negociação, todos com 19 (63,3%) de respostas *sempre*.

A segunda categoria do instrumento contém oito perguntas e é denominada *Atribuições*. Os resultados estão expostos na tabela 5, a seguir.

**Tabela 5 – Frequência da Categoria *Atribuições* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.**

Frequência	Autonomia		Articulação Governo		Articulação ONG		Análise Condições de Saúde		Vig. Sanitária/Epide miológica		Ações Progra máticas		Demanda Espontânea		Gerência Materiais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Resposta	1	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3
Nunca	-	-	-	-	2	6,7	1	3,3	-	-	1	3,3	-	-	-	-
Raramente	1	3,3	6	20,0	3	10,0	-	-	1	3,3	1	3,3	-	-	-	-
Frequentemente	6	20,0	4	13,3	7	23,3	3	10,0	2	6,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3
Quase Sempre	12	40,0	7	23,3	6	20,0	11	36,7	8	26,7	5	16,7	8	26,7	4	13,3
Sempre	10	33,3	13	43,3	12	40,0	15	50,0	19	63,3	20	66,7	19	63,3	24	80,0

O item de maior prevalência foi sobre a Gerência de materiais com 24 (80,0%). Contraditoriamente a valores com alta frequência nos demais itens, destaca-se negativamente a Autonomia, com apenas 10 (33,3%).

A terceira e última categoria do instrumento, *Competências*, está exposta na tabela 6, a seguir. Contém 15 perguntas, sendo a maior categoria do instrumento.

**Tabela 6 – Frequência da Categoria *Competências* - Coordenadores dos Centros de Saúde da Família, Fortaleza, 2013.**

Frequência	Liderança		Gerência Conflitos		Trabalho em Equipe		Aceita Diferenças		Resiliência		Acomoda Mudanças		Estímulo/Motivação		Segue Procedimentos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Resposta	-	-	-	-	1	3,3	1	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3	1	3,3	1	3,3
Raramente	-	-	1	3,3	-	-	1	3,3	-	-	2	6,7	-	-	4	13,3
Frequentemente	3	10,0	1	3,3	-	-	2	6,7	4	13,3	2	6,7	2	6,7	4	13,3
Quase Sempre	3	10,0	5	16,7	4	13,3	1	3,3	15	50,0	7	23,3	5	16,7	1	3,3
Sempre	24	80,0	23	76,7	25	83,3	25	83,3	11	36,7	18	60,0	22	73,3	20	66,7

Frequência	Preenchimento Relatórios		Alocação Materiais		Alocação Recursos Humanos		Corrige Desempenho		Auxilia Aprendizado		Operação Computadores		Previne Problemas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Resposta	2	6,7	1	3,3	2	6,7	2	6,7	1	3,3	2	6,7	3	10,0
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6,7	1	3,3	1	3,3
Raramente	-	-	-	-	-	-	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3
Frequentemente	2	6,7	3	10,0	-	-	4	13,3	3	10,0	3	10,0	5	16,7
Quase Sempre	3	10,0	8	26,7	7	23,3	7	23,3	8	26,7	9	30,0	10	33,3
Sempre	23	76,7	18	60,0	21	70,0	16	53,3	15	50,0	14	46,7	10	33,3

Os itens desta categoria obtiveram altos valores em sua grande maioria. Abaixo de 50%, têm-se as questões relacionadas à Operação de computadores e à Prevenção de problemas com essas máquinas, com apenas 14 (46,7%) e 10 (33,3%), respectivamente.

Grande contraste foi observado entre os altos valores atribuídos aos itens Gerência de conflitos e Aceita diferenças, com 23 (76,7%) e 25 (83,3%), e um valor muito baixo para Resiliência de 11 (36,7%) da resposta *sempre*.

O Escore dos Coordenadores está descrito na tabela 7, mostrando quais regionais obtiveram maiores pontuações. Não existem na literatura sobre esse

instrumento cálculos para construção de escores ou referências sobre como analisá-los.

Na ausência de referenciais na literatura, considerando-se a concentração dos escores à direita em uma ordem crescente, utilizou-se neste estudo como ponto de corte o valor oito, correspondente ao valor 4 do instrumento. Ao realizar uma comparação das escalas dos instrumentos PCATool e de Competências Essenciais esses valores assemelham-se.

Foram, então, considerados *altos* ou *satisfatórios* escores iguais ou acima do valor oito, correspondente ao valor quatro na pontuação descrita no instrumento de coleta de dados, que se refere à frequência *quase sempre*. Dessa forma, têm-se oito unidades com escores *baixos* ou *insatisfatórios* e a maioria, 22 unidades, com escores considerados *altos*.

**Tabela 7 – Escore Geral dos Coordenadores por Centro de Saúde da Família e Secretaria Executiva Regional, Fortaleza, 2013.**

Regional	Centro de Saúde	Escore Coordenadores	Classificação CSF	Escore Médio Regional	Classificação Regionais
I	I A	9,0	Alto	8,9	Alto
	I B	8,0	Alto		
	I C	9,0	Alto		
	I D	9,8	Alto		
II	II A	8,3	Alto	9,2	Alto
	II B	9,3	Alto		
	II C	10,0	Alto		
III	III A	9,0	Alto	7,8	Baixo
	III B	8,5	Alto		
	III C	7,0	Baixo		
	III D	8,5	Alto		
	III E	6,0	Baixo		
IV	IV A	6,3	Baixo	8,3	Alto
	IV B	9,3	Alto		
	IV C	7,8	Baixo		
	IV D	9,8	Alto		
V	V A	8,0	Alto	7,8	Baixo
	V B	9,5	Alto		
	V C	7,5	Baixo		
	V D	5,0	Baixo		
	V E	8,5	Alto		
	V F	9,0	Alto		
	V G	7,5	Baixo		
VI	VI A	8,8	Alto	8,6	Alto
	VI B	5,3	Baixo		
	VI C	8,8	Alto		
	VI D	10,0	Alto		
	VI E	9,0	Alto		
	VI F	9,0	Alto		
	VI G	9,5	Alto		

**Nota:** Os CS foram elencados combinando número da SER e a seqüência da u.a. sorteada, evitando a identificação nominal

As regionais I, II, IV e VI obtiveram escores altos e as regionais III e V baixos. A SER com maior pontuação foi a II, com 9,2, e aquelas com menor valor atribuído foram as SER III e V, ambas com 7,8.

## 5.2 Instrumento Chefe dos Distritos de Saúde – Ações desenvolvidas pelos coordenadores supervisionados

O Anexo B, aplicado aos chefes dos distritos de saúde, apresentou os resultados contidos na tabela 8. O Escore dos Chefes de Distrito representa a frequência com que os coordenadores das unidades realizam as atividades/competências gerenciais, na perspectiva dos seus supervisores.

Consideraram-se os mesmos referenciais utilizados para o escore dos coordenadores, ou seja, *alto* ou *satisfatório* para os escores iguais ou acima do valor oito e demais (< 8) como *baixos* ou *insatisfatórios*.

**Tabela 8 - Escore Chefes de Distrito: Competências desenvolvidas pelos coordenadores na perspectiva dos Chefes dos Distritos de Saúde, Fortaleza, 2013.**

Regional	Centro de Saúde	Escore Chefes de Distrito	Classificação CSF	Escore Médio Regional	Classificação Regionais
I	I A	5,8	Baixo	7,5	Baixo
	I B	9,2	Alto		
	I C	5,8	Baixo		
	I D	9,2	Alto		
II	II A	8,8	Alto	7,1	Baixo
	II B	8,3	Alto		
	II C	4,2	Baixo		
III	III A	3,3	Baixo	6,7	Baixo
	III B	6,3	Baixo		
	III C	7,9	Baixo		
	III D	7,9	Baixo		
	III E	7,9	Baixo		
IV	IV A	7,5	Baixo	7,6	Baixo
	IV B	4,6	Baixo		
	IV C	8,3	Alto		
	IV D	10,0	Alto		
V	V A	7,9	Baixo	8,8	Alto
	V B	8,8	Alto		
	V C	9,2	Alto		
	V D	9,2	Alto		
	V E	10,0	Alto		
	V F	8,8	Alto		
	V G	7,9	Baixo		
VI	VI A	9,2	Alto	8,7	Alto
	VI A	9,6	Alto		
	VI C	8,3	Alto		
	VI D	9,6	Alto		
	VI E	8,8	Alto		
	VI F	9,6	Alto		
	VI G	6,3	Baixo		

**Nota:** Os CS foram elencados combinando número da SER e a seqüência da u.a. sorteada, evitando a identificação nominal

Percebe-se que, de um modo geral, os escores apresentados pelos chefes de distrito foram menores que os atribuídos pelos próprios coordenadores dos CSF.

Diferenças foram encontradas entre os escores médios de cada regional e entre os dois instrumentos. As regionais I, II e IV, que obtiveram valores considerados altos pelos coordenadores, foram avaliadas com escores baixo pelos chefes de distrito, sendo eles 7,5, 7,1, 7,6, respectivamente. Apenas a SER V foi melhor avaliada pelos chefes de distrito, recebendo agora valor alto.

As regionais III e VI obtiveram valores mais semelhantes entre os dois grupos de avaliadores, resultando na mesma categoria de classificação, baixo e alto, respectivamente.

### 5.3 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool

A tabela 9 expressa os escores dos atributos essenciais da APS, aferidos a partir da percepção dos profissionais de Saúde da Família dos CSF. Buscou-se identificar as Regionais que apresentavam maior frequência dos atributos e maiores *escores essenciais*.

**Tabela 9 - Atributos essenciais e seus componentes por Regional - PCATool, Fortaleza, 2013.**

Atributos essenciais	Componentes	Regional					
		I	II	III	IV	V	VI
Acessibilidade	Acesso de primeiro contato (A)	4,41	4,51	3,30	3,66	3,57	3,78
Longitudinalidade	Longitudinalidade (B)	7,02	5,51	6,67	6,47	6,65	6,10
Coordenação	Coordenação – integração de cuidados (C)	7,29	5,83	6,44	6,25	6,79	6,07
	Coordenação – sistema de informações (D)	7,08	7,41	8,22	7,78	8,17	7,46
Integralidade	Serviços Disponíveis (E)	6,48	6,14	5,98	6,23	6,43	5,87
	Serviços prestados (F)	7,28	6,44	7,67	7,78	7,78	7,21
<b>Escore Essencial</b>		6,59	5,97	6,38	6,36	6,56	6,08

O atributo com menor avaliação foi a *acessibilidade*, com variação de 3,30 a 4,51 entre as regionais. Esses valores foram muito baixos em relação aos demais atributos essenciais e quando comparado ao ponto de corte 6,6 recomendado na literatura.

O item que apresentou maiores médias foi *coordenação sistemas de informações* (D), com variações de 7,08 (SER I) a 8,22 (SER III).

Os atributos derivados foram verificados pelos componentes G (orientação familiar) e H (orientação comunitária), além do cálculo do escore dos atributos derivados, calculados pela média simples. Os resultados encontram-se na tabela 10, a seguir.

**Tabela 10 - Atributos derivados e seus componentes por Regional - PCATool, Fortaleza, 2013.**

Atributos derivados	Regional					
	I	II	III	IV	V	VI
Orientação familiar (G)	8,75	6,30	7,22	8,47	7,54	7,38
Orientação Comunitária (H)	6,94	6,48	6,44	6,67	7,46	7,26
<b>Escore Derivado</b>	7,84	6,39	6,83	7,57	7,5	7,32

De uma forma geral, os atributos derivados obtiveram bons resultados, com apenas duas regionais apresentando valor abaixo da referência 6,6 em cada item. A média dos valores que levou ao resultado do Escore Derivado apresentou números elevados, contribuindo para aumento do valor final Escore Geral da APS.

Foram calculados os escores gerais de cada CSF pesquisado e o escore médio por regional, descritos na tabela 11.

**Tabela 11 - Escore Geral da APS (PCATool) por Centro de Saúde da Família e Secretaria Executiva Regional, Fortaleza, 2013.**

Regional	Centro de Saúde	Escore Geral PCATool	Classificação CSF	Escore Médio Regional	Classificação Regionais
I	I A	7,1	Alto	6,9	Alto
	I B	8,2	Alto		
	I C	5,8	Baixo		
	I D	6,6	Alto		
II	II A	5,5	Baixo	6,1	Baixo
	II B	6,9	Alto		
	II C	5,8	Baixo		
III	III A	7,1	Alto	6,5	Baixo
	III B	6,4	Baixo		
	III C	5,6	Baixo		
	III D	6,3	Baixo		
	III E	7,0	Alto		
IV	IV A	6,8	Alto	6,7	Alto
	IV B	6,1	Baixo		
	IV C	6,7	Alto		
	IV D	7,0	Alto		
V	V A	6,8	Alto	6,8	Alto
	V B	7,2	Alto		
	V C	7,7	Alto		
	V D	4,6	Baixo		
	V E	7,2	Alto		
	V F	7,8	Alto		
	V G	6,2	Baixo		
VI	VI A	6,0	Baixo	6,4	Baixo
	VI A	6,9	Alto		
	VI C	5,4	Baixo		
	VI D	6,5	Baixo		
	VI E	7,2	Alto		
	VI F	7,4	Alto		
	VI G	5,3	Baixo		

**Nota:** Os CS foram elencados combinando número da SER e a seqüência da u.a. sorteada, evitando a identificação nominal.

Apenas a Regional II foi classificada da mesma forma nos três instrumentos: Baixo.

A SER com maior pontuação no instrumento PCATool foi a I, com 6,9, e aquela com menor valor foi a II, com 6,1. Vê-se assim que a variação foi pequena entre os extremos.

As demais regionais obtiveram classificação dos escores discordantes entre os avaliadores. O instrumento C (PCATool) concordou com a classificação de três

regionais em relação ao instrumento A (SER I, III e IV). Com o instrumento B também houve concordância com a classificação de três regionais, porém não foram as mesmas (SER II, III, e V).

Apenas a Regional III obteve a mesma classificação nos três instrumentos aplicados.

#### 5.4 Concordância entre Coordenadores dos Centros de Saúde da Família e Chefes de Distrito de Saúde – SER

O coeficiente Kappa foi calculado entre as respostas dos coordenadores e as respostas dos chefes de distritos para medir o grau de concordância dos mesmos.

**Tabela 12 - Coeficiente de Kappa calculado entre respostas dos chefes de distrito de saúde e os coordenadores das unidades, Fortaleza, 2013.**

Ações desenvolvidas	Coeficiente kappa	Valor de $p$	Classificação
Planejamento	0,204	0,261	-
Negociação	0,200	0,256	-
Análise das condições de saúde	0,000	1,000	-
Demanda espontânea	-0,133	0,439	-
Trabalho em equipe	-0,418	0,014	Baixa concordância
Correção de desempenho	-0,200	0,232	-

Não houve significância estatística ( $p < 0,05$ ) entre a maioria das perguntas, sendo esta observada apenas na pergunta sobre *trabalho em equipe* e com valor negativo e pequeno (Kappa = - 0,418).

Aplicou-se também o Teste da Diferença de Proporções e obtiveram-se resultados semelhantes.

Os valores estão expostos na tabela a seguir.

**Tabela 13 - Teste de Diferença de Proporções entre Coordenadores e Chefes de Distrito, Fortaleza, 2013.**

Valores	Outras					
	Planejamento	Negociação	Análise	Demanda	Equipe	Correção
p1	0,53	0,50	0,73	0,50	0,40	0,50
p2	0,47	0,37	0,50	0,33	0,23	0,30
p combinado	0,50	0,43	0,62	0,42	0,32	0,40
z	1,03	2,08	3,72	2,62	2,78	3,16
p valor	0,151	0,019	0,000	0,004	0,003	0,001

Valores	Sempre					
	Planejamento	Negociação	Análise	Demanda	Equipe	Correção
p1	0,47	0,50	0,27	0,50	0,60	0,50
p2	0,53	0,63	0,50	0,67	0,77	0,70
p combinado	0,50	0,57	0,38	0,58	0,68	0,60
z	-1,03	-2,08	-3,72	-2,62	-2,78	-3,16
p valor	0,151	0,019	0,000	0,004	0,003	0,001

$$z = \frac{p1 - p2}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}}$$

Tem-se, então, que para o teste bilateral, exceto o planejamento ( $p = 0,151$ ), todas as outras foram significativas, ou seja, houve diferença significativa entre chefes e coordenadores. Os resultados foram negociação ( $p = 0,019$ ), análise ( $p < 0,001$ ), demanda ( $p = 0,004$ ), equipe ( $p = 0,003$ ) e correção ( $p = 0,001$ ).

### **5.5 Associação entre atividades gerenciais dos Coordenadores dos Centros de Saúde da Família (instrumentos A e B) e a qualidade atribuída pelos profissionais através do PCATool (instrumento C)**

O Coeficiente de Correlação de Spearman e o Tau b de Kendall foram os testes selecionados para identificar associação entre as variáveis. Os dados foram recodificados como variáveis qualitativas ordinais, de acordo com a distribuição em quartis.

**Tabela 13 – Distribuição valores dos escores em quartis, Fortaleza, 2013.**

Referenciais	Escore Geral APS (inst. C)	Escore Coordenadores (inst. A)	Escore Chefe Distrito (inst. B)	Classificação quartis (inst. A e B)
Mínimo	4,6	5,1	3,3	
Máximo	8,2	10,0	10,0	
Percentis				
25	6,0	7,7	7,2	Insatisfatório (<25)
50	6,8	8,7	8,3	Regular (25 a 50)
75	7,1	9,2	9,2	Bom (50 a 75)
				Ótimo (>75)

Percebe-se uma grande variação entre o máximo e o mínimo, principalmente nos resultados dos Escores dos Coordenadores e Chefes de Distrito.

Entre o Escore dos Coordenadores e o Escore Geral da APS não houve associação significativa com os testes realizados (tau b de Kendall = -0,106,  $p = 0,409$ ; rho de Spearman = -0,125,  $p = 512$ ).

Entretanto, obteve-se entre o Escore de Chefe de Distrito e o Escore Geral da APS uma associação moderada (tau b de Kendall = 0,340; rho de Spearman = 0,401), com  $p < 0,05$  ( $p = 0,029$ ;  $p = 0,028$ ), sendo esta bicaudal.

**Tabela 15 - Correlação entre Escore Chefes de Distrito e Escore Geral APS, Fortaleza, 2013.**

Testes não-paramétricos	Valor coeficiente	Valor de $p^*$
Tau_b de Kendall	0,340	0,029
Rho de Spearman	0,401	0,028

\* Correlação é significativa ao nível de  $p < 0,05$ , bicaudal.

Os resultados mostram, portanto, uma associação moderada entre a qualidade, atribuída pelos profissionais através do PCATool (Escore Geral APS), e as atividades administrativas/ competências essenciais dos Coordenadores dos CSF, esta última verificada pela percepção dos Chefes de Distritos de Saúde de cada SER.

## 6 DISCUSSÃO

A formação dos coordenadores mostrou que a maioria tinha formação em bacharelado em enfermagem, com 45 anos de idade ou mais e eram do sexo feminino.

Essa realidade também foi encontrada em outros estudos como o de Ramires *et al.* (2004) que percebeu que o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde é ocupado em número bastante significativo pelo profissional enfermeiro.

O enfermeiro é um profissional que tem na sua formação uma maior ênfase na área administrativa do que a maioria das profissões na área de saúde. Nas diretrizes curriculares estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), os profissionais enfermeiros devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001).

A administração em enfermagem aparece como um dos quatro tópicos considerados como constituintes da Ciência em Enfermagem, dada sua importância para o exercício da profissão, destaque que não se vê nas diretrizes de cursos como Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001).

A prevalência do sexo feminino se deve, em parte, pela presença de muitos profissionais da enfermagem, que é uma profissão predominantemente feminina. Alguns autores atribuem este fato por desde os tempos mais primórdios, a profissão ser exercida quase que exclusivamente por mulheres, devido também a algumas culturas, em que cuidar dos doentes é considerado uma extensão das tarefas da mulher (CARVALHO & KALINKE, 2008).

Porém, havendo coordenadores de outras profissões que também eram do sexo feminino (total de 83%), buscou-se referências na literatura e estudo confirma a alta prevalência, citando que é considerado ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas (GIRARDI, 1999 *apud* MARTINS *et al.*, 2006).

A maior prevalência na faixa etária de mais de 45 anos indica que funções gerenciais demandam maior experiência profissional e, conseqüentemente, maior idade. Também há uma maior acomodação dos profissionais com o passar dos anos, tendendo a optar por funções com menor contato com o público assistido.

O grande número de profissionais que realizaram uma pós-graduação *lato sensu* (60%) indica uma maior preocupação em se capacitarem e atualizarem seus conhecimentos. A formação nesse nível é direcionada à área de exercício profissional, tanto do docente como de outros profissionais inseridos no mercado de trabalho, na perspectiva de educação continuada, com carga horária mínima de 360 horas.

Oliveira *et al.* (2009) apontam que profissionais egressos reconhecem a importância de participar de um curso de pós-graduação *lato sensu*, como forma de contribuição para a qualificação profissional e enriquecimento do conhecimento adquirido na prática assistencial. Entretanto, para Ramires *et al.* (2004) esta formação deve ser específica, provendo a capacitação gerencial para os profissionais que atuam como gerentes de serviços de saúde.

Muitos dos coordenadores referiram experiência anterior na área administrativa. Isso é benéfico para os serviços, pois proporciona ter profissionais mais maduros e preparados para mais situações encontradas na prática do gestor. Barbosa & Lima (1996, *apud* RAMIRES *et al.*, 2004) destacam que uma boa bagagem de conhecimentos, capacidade de análise, capacidade de ação, aprimoramento de práticas e determinação em alcançar resultados se tornaram indispensáveis para o perfil gerencial que se busca atualmente.

Servidores públicos chegam a 36,7% dos coordenadores entrevistados, com 13,3% de terceirizados e 30% com cargo comissionado. O vínculo estável proporciona maiores garantias ao trabalhador e, possivelmente, maior autonomia na realização das atividades.

A flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego, por um lado, favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. De outro, atende a uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos (PIERANTONI, 2001).

Entretanto, ver-se-á mais adiante, na discussão sobre as competências administrativas, que apenas uma parte dos coordenadores (33,3%) referiu exercer sempre a autonomia na gerência de seus serviços.

Quase todos os coordenadores (96,7%) possuem carga horária de 40 horas semanais na unidade que gerenciam. É benéfico ao serviço, pois proporciona um bom período de dedicação às ações do local. Contudo, essa carga horária, ao que se constata, não é cumprida na sua totalidade presencialmente no serviço. Muitas das atividades do coordenador incluem reuniões e encontros com a gestão da SMS, SER e outros órgãos da administração municipal, distanciando-o dos problemas enfrentados nos CSF. Isso pode ser percebido nas visitas frequentes às unidades no período de coleta de dados, que ocorreram em variados períodos do dia, visto que a maioria dos coordenadores só pôde ser entrevistada no segundo ou terceiro encontro, pois não se encontravam no serviço.

As competências essenciais estão discutidas, a seguir, na ordem em que estão expostas no questionário e relacionadas quanto houver concordância ou contradição entre elas.

As habilidades questionadas aos coordenadores entrevistados foram: comunicação, organização, planejamento, tomada de decisão, uso de tecnologias leves, tecnologias duras e negociação.

Comunicação foi uma habilidade que apareceu como realizada sempre ou quase sempre por 93,3% dos gerentes. Organização e Planejamento também mostraram uma alta prevalência, referidos por 90% e 83,3% dos coordenadores como sempre ou quase sempre, respectivamente.

Comunicação é definida como a troca de informações, fatos, ideias e significados. A maior interferência na comunicação ocorre por conta dos 'ruídos' de interpretação, capazes de distorcer a mensagem durante o processo comunicativo (QUINN *et al.*, 2003, *apud* PERES & CIAMPONE, 2006). Estes mesmo autores falam que

na gerência, a competência comunicacional é essencial, visto que para organizar é indispensável comunicar-se, a fim de estabelecer metas, canalizar energias e identificar/ solucionar problemas. Aprender a comunicar-se com eficácia é crucial para incrementar a eficiência de cada unidade de trabalho e da organização como um todo.

Planejar é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar a sua capacidade, formular suas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações, escolher prioridades, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema (PASSOS, 2004). No estudo de Fernandes *et al.* (2010), percebeu-se que para os gerentes das unidades básicas de saúde a importância do planejamento na ação gerencial relaciona-se, principalmente, à facilidade no alcance das metas e objetivos e ao controle e estímulo às atividades.

Tomada de decisão apareceu também com números elevados, sendo realizada sempre por 63,3% dos coordenadores. A Administração indica que o processo de tomada de decisões pode ser desenvolvido pelos gestores com maior qualidade se estes seguirem um método (PERES & CIAMPONE, 2006). Por muito tempo utilizou-se como base para o processo decisório o planejamento normativo orientado pela OPAS, porém nas últimas décadas o planejamento estratégico incorporou importantes dimensões, como a dimensão política e a social (CIAMPONE & MELLEIRO, 2005). Na presente pesquisa, não foi possível identificar quais métodos de planejamento e de tomada de decisão foram seguidos pelos coordenadores, apenas a frequência com que esses referiram realizá-las.

O uso de tecnologias leves mostrou grande frequência da resposta sempre (66,7%), sendo entendidas como acolhimento, vínculo, autonomização e resolutividade. Essas formas de tecnologias são uma característica marcante na ESF. Carlos (2009) afirma que o acolhimento é peça fundamental, presente no conceito de tecnologias leves, para a garantia da expansão e concretização da APS.

Gonçalves (1996, *apud* COELHO & JORGE, 2009) indica que a tecnologia pode ser analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. Para classificar essas tecnologias, Merhy (2005, *apud* COELHO & JORGE, 2009) considera que podem ser leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as relações, as leve-duras são as dos saberes estruturados / teorias e as duras são as dos recursos materiais.

Mesmo com a grande importância das tecnologias leves, o uso das tecnologias duras e o domínio do seu manejo se fazem necessários pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, por seus gestores, pois essas propiciam um

atendimento de qualidade e um alcance maior dos problemas de saúde apresentados pela população.

As tecnologias duras também estão a serviço da gestão, auxiliando o planejamento e execução da maioria das atividades. Porém, nos serviços de atenção básica, o uso excessivo dessas tecnologias pode desviar o foco dos princípios da ESF. Para Sousa (2002), os médicos tendem a subestimar o contato e o vínculo com o usuário, recorrendo a exames e consultas especializadas, quando muitas vezes os problemas poderiam ser resolvidos na própria unidade básica de saúde.

No contexto da atenção primária, a negociação é um instrumento fundamental de ajuste gerador de consenso capaz de sustentar e viabilizar propostas de ação conjunta (SANTANA *et al.*, 1993). Essa habilidade foi citada como realizada sempre por 63,3% dos coordenadores entrevistados. Os mesmo autores frisam, ainda, que

A negociação busca a harmonia democrática dos interesses dos atores que participam em igualdade de condições, desde o nível local até o nacional, na solução dos problemas que os afetam. O processo de negociação no setor público deve pautar-se nos princípios constitucionais da ordem pública, da moral, da indisponibilidade do interesse público e da supremacia do interesse público sobre o interesse particular. Esses limites são os fundamentos da atuação do gestor público numa sociedade democrática e civilizada.

As atribuições foram: autonomia, articulação com o governo, articulação com ONG, análise das condições de saúde, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ações programáticas, atendimento à demanda espontânea e gerência de materiais.

Interessante destacar que a atribuição menos frequente foi a autonomia (33,3% com resposta sempre). A falta de autonomia dificulta sobremaneira o desenvolvimento das atividades e a execução de mudanças para melhoria nas unidades de saúde. Está geralmente associada a poder e controle, inevitavelmente presentes na vida das organizações.

Como afirma Cecílio (1999), os conceitos de autonomia e controle, estão indissociavelmente ligados à categoria poder, sendo utilizados nas formulações de modelos de gestão que enfatizam a democratização, a descentralização, a participação e a autonomia, não estando livres de ambiguidades e imprecisões que dificultam sua operacionalização.

A articulação com órgãos governamentais e organizações não governamentais (ONG) também se mostrou pouco frequente, com até 20% dos coordenadores referindo que raramente as exercem. Estão extremamente ligadas à autonomia, pois a falta de comunicação com esses setores restringe ainda mais a promoção e incorporação de novas condutas na rotina do atendimento e na integração com a comunidade assistida.

A análise das condições de saúde com base em dados epidemiológicos e da vigilância sanitária foi citada como quase sempre ou sempre realizada pela maioria dos coordenadores (86,7%). Isso deveria se refletir em um adequado planejamento de ações e num maior alcance das demandas da população adstrita em seu território de abrangência. Da mesma forma, a programação das ações de vigilância sanitária e epidemiológica é realizada sempre ou quase sempre por 90% dos coordenadores.

Essa frequência é bem próxima da encontrada por outros estudos, como o de Castanheira *et al.* (2009), que, em pesquisa realizada no Centro-Oeste paulista, identificou que 67% de unidades com modelo tradicional de atenção básica relataram utilizar dados de produção e dados epidemiológicos para o planejamento das atividades, enquanto nas unidades que adotavam a ESF esse percentual subia para 80%.

Para Silva (2012), o planejamento não existe sem a epidemiologia. Não há planejamento sem diagnóstico da situação de saúde e sem avaliação. Diagnóstico e avaliação não se fazem sem o uso da epidemiologia.

Ações programáticas, como Programa de Saúde da Criança e da Mulher, HiperDia, Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, previstas nas atividades rotineiras da Estratégia Saúde da Família, foram citados como sempre realizados por 66,7% da amostra.

A programação e controle das ações de demanda espontânea, como acolhimento, humanização da porta de entrada, atividades educativas, foram referidas como sempre realizadas por 63,3% dos coordenadores. São ações consideradas como componentes das tecnologias leves e obtiveram frequências relatadas bem semelhantes.

Gerência de materiais, insumos e medicamentos teve uma grande frequência (80%), indicando que esse deveria ser um setor que pouco apresentaria

dificuldades ou restrições ao seu eficaz funcionamento. Porém, percebe-se através de notícias veiculadas na mídia, que a demanda não é completamente atendida e a cobertura ainda é baixa. Em avaliação recente de equipe da nova gestão da PMF, percebeu-se que uma das principais queixas da população era a falta de medicamentos e materiais para procedimentos básicos (MOREIRA, 2013).

Na categoria competências, foram questionados sobre: liderança, gerência de conflitos, trabalho em equipe, aceitação de diferenças, resiliência, estímulo e motivação, realização de procedimentos, preenchimento de relatórios, alocação de materiais, alocação de recursos humanos, correção de desempenho, auxílio no aprendizado, operação de computadores e prevenção de problemas nesses equipamentos.

A grande maioria dos coordenadores diz exercer *sempre* uma boa liderança (80%), com adequada habilidade para gerenciamento de conflitos (76,7%) e trabalho em equipe (83,3%), aceitando diferenças étnicas, sociais e de formação (83,3%). Contudo, esse cenário torna-se contraditório quando apenas 36,7% citam serem resilientes.

Liderança é o processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas. (MAXIMIANO, 2002, *apud* RUSSO *et al.*, 2005). É o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder e seus seguidores. Liderança e administração se sobrepõem, já que alguns aspectos da liderança poderiam ser descritos como gerenciamento (GARDNER, 1990, *apud* PERES & CIAMPONE, 2006).

Para que o líder possa administrar satisfatoriamente o conflito é necessário entender o seu processo. O diálogo com a equipe, bem como o adequado manejo do trabalho do grupo, torna-se ferramenta útil para gerenciar os conflitos que devem ser vistos como oportunidade de crescimento (CORRADI *et al.*, 2008).

A literatura da área (BARLACH *et al.*, 2008) define resiliência como a competência de determinadas pessoas de superarem ou transcenderem situações adversas. No contexto da atenção básica, o desenvolvimento da resiliência pode ser o elemento diferencial entre o enfrentamento da situação que leva ao crescimento psicológico ou a sensação de vitimização, em situações similares de pressão organizacional.

O preenchimento de relatórios e alimentação dos sistemas de informação foram referidos por 76,7% dos coordenadores como sempre realizadas na sua prática. Essas informações são de suma importância para o diagnóstico local em saúde e o planejamento das ações de saúde no âmbito da Unidade Básica de Saúde (BITTAR *et al.*, 2009).

O aumento exponencial dos gastos com saúde no mundo, nas duas últimas décadas, e as restrições orçamentárias representam grandes desafios para os sistemas universais de saúde (SOUSA *et al.*, 2013). Para isso, uma adequada alocação de recursos humanos e materiais se faz necessária no sentido de torná-la mais eficiente e equitativo, citada como sempre realizada por 70% da amostra.

O auxílio ao aprendizado e o favorecimento de condições para promoção da educação permanente propiciam o desenvolvimento pessoal, que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos trabalhadores, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. São eles: visão crítica dos problemas contemporâneos, responsabilidade social e cooperação dentro e fora do ambiente de trabalho, constituindo-se em motivação para continuar a aprender. (PASCHOAL *et al.*, 2007). Foram citados como sempre realizados por 15 (50%) dos coordenadores.

O domínio de técnicas de operação de tecnologias recentes de máquinas e computadores (46,7%) e prevenção/manutenção desses equipamentos (33,3%) mostrou baixa frequência.

Esse fato pode ocorrer por a população de coordenadores apresentar maior predomínio na faixa etária de mais de 45 anos, fazendo parte de uma geração que sofreu um contato mais tardio com essas tecnologias.

As diferenças entre as regionais foram destacadas pelos resultados dos escores dos CSF e, de forma mais clara, pela média simples desses escores. As regionais com maiores escores dos coordenadores foram as Regionais I e II, seguidas das VI e IV. As Regionais III e V obtiveram médias dos escores abaixo de oito, consideradas assim com a classificação *baixo*.

Contudo, a presença das competências essenciais na prática dos coordenadores foi vista de outra forma pelos chefes dos Distritos de Saúde das SER e outros supervisores. Percebe-se esse fato pela diferença na média dos escores e na

classificação, resultantes do fato de que a maioria das respostas dos chefes de distrito mostrou uma frequência inferior àquela relatada pelos próprios coordenadores.

As classificações foram concordantes apenas para as Regionais III, que apresentou escore *baixo*, e VI, que revelou um *alto* escore. As Regionais I, II e IV tiveram sua classificação modificada de alto para baixo quando analisadas pelos chefes de distrito e apenas a Regional V foi considerada melhor que a avaliação realizada pelos coordenadores dos CSF (da classificação *baixo* para *alto*).

O fenômeno observado de que a autoavaliação apresentou pontuações mais elevadas que a avaliação realizada por superiores hierárquicos pode ser devido a um receio de que os sujeitos pudessem ser prejudicados em seu local de trabalho, caso o resultado da pesquisa evidenciasse um caráter negativo da sua gestão.

Essa possível fragilidade pode ter sido acentuada devido à coleta de dados ter ocorrido no período de eleições municipais dos poderes executivo e legislativo.

O Teste da Diferença de Proporções reforça a diferença entre os dois grupos de avaliadores, que observam de forma distinta o mesmo fenômeno: a frequência na utilização das competências essenciais administrativas pelos coordenadores dos CSF.

Os resultados foram estatisticamente significativos e somam ao achados do teste Kappa.

Podia-se pensar que os baixos escores para os instrumentos de competências gerenciais, em determinadas regionais, estariam sofrendo interferência de variáveis de confundimento, como situação sanitária, nível socioeconômico da população e extensão territorial. Todavia, identificaram-se diferenças consideráveis entre as avaliações dos próprios coordenadores e a avaliação dos seus supervisores, os chefes de distrito. Se esta interferência de fatores externos fosse extremamente significativa, sua influência possivelmente geraria escores semelhantes atribuídos pelos dois grupos de respondentes.

Os atributos essenciais da APS, verificados a partir do PCATool-profissionais, mostrou valores baixos (< 6,6) em todas as regionais pesquisadas no município. Entretanto, os escores dos atributos derivados apresentaram valores mais elevados, elevando, conseqüentemente, os valores dos Escores Gerais da APS.

Têm-se, dessa forma, destaque para as Regionais I, IV e V que obtiveram escores altos para a presença dos atributos da APS e consideradas, assim, como com maior qualidade dos seus serviços.

Um fator preocupante foi a atribuição de baixos valores ao atributo acessibilidade, característica principal e definidora da APS. É caracterizada como o primeiro contato dos usuários com o sistema ou a porta de entrada. Deve ser acolhedora, acessível e disponível aos usuários que procuram estes serviços.

O atributo essencial que recebeu maiores valores foi a coordenação do sistema de informações. Os sistemas da Atenção Primária, principalmente no PSF, são bem estruturados e já se tornaram uma rotina consolidada para as equipes de saúde. Plataformas como o SIAB, SSA2, dentre outras, são alimentadas periodicamente e tornam referências para o planejamento do governo federal e outras esferas.

O PCATool foi citado por alguns profissionais da pesquisa como de difícil preenchimento por sua extensão (77 itens) e pouca adequação de alguns itens à realidade local. Um estudo para adaptação às diferenças regionais facilitaria sobremaneira o seu entendimento e aplicabilidade.

Na realização dos cálculos estatísticos de associação, para verificação da hipótese do estudo (Kendall e Spearman), não foi encontrada associação estatística significativa entre o Escore dos Coordenadores e a qualidade atribuída por meio do Escore Geral da APS.

A partir dos resultados verificados, nos quais nota-se uma divergência clara entre a percepção dos coordenadores dos CSF e dos chefes de distrito de saúde, se pensou em conhecer a associação existente entre a qualidade dos serviços e a presença de competências essenciais na prática dos coordenadores, esta última agora pela perspectiva dos Chefes de Distrito de Saúde (Escore Chefes de Distrito).

Houve, através dos testes estatísticos não-paramétricos realizados, associação significativa ( $p < 0,05$ ) e moderada (Tau b de Kendall = 0,340, rho de Spearman = 0,401).

Pode-se pensar, então, que essa relação de fato ocorre e que um melhor manejo das ferramentas administrativas, bem como uma maior frequência na aplicação das competências essenciais, contribui para uma melhor qualidade dos serviços de saúde.

Pode haver, assim, uma distorção na percepção da administração pelos coordenadores por estarem inseridos no meio e permeados por fatores diversos.

Vale ressaltar que se enfrentaram inúmeros obstáculos durante a realização da coleta de dados, como a equipe de coleta reduzida, a grande extensão territorial do município e a resistência na colaboração de alguns dos profissionais.

Por vezes, os entrevistados se mostraram receosos em participar da pesquisa, pois essa buscava avaliar a gestão e a qualidade dos serviços em um período de eleições para os poderes executivo e legislativo municipais. Observou-se certo temor de que a avaliação poderia trazer danos e incertezas aos profissionais que imaginavam um retorno negativo da pesquisa.

Outro fator que reduziu o número de equipes completas nos CSF, neste período, foi o remanejamento de vários profissionais para outros serviços de saúde da PMF no segundo semestre de 2012.

Dessa forma, foi necessária a substituição de três CSF da amostra sorteada inicialmente: uma unidade da SER II e duas da SER III.

Todos esses fatores tornaram a coleta de dados mais prolongada e mais laboriosa que o planejado inicialmente.

Os dados apresentados neste estudo por si só não representam a realidade do município, mas, através da discussão com aspectos da realidade local, fatos observados durante a coleta dos dados e as colocações realizadas por outros autores da literatura, pode-se levantar questões a serem repensadas e discutidas para melhorias da gestão do sistema.

## 7 CONCLUSÕES

Encontrou-se um bom perfil de profissionais à frente da coordenação dos Centros de Saúde da Família. Muitos tinham certo tempo de experiência profissional, exercício anterior de atividades administrativas e cursos de pós-graduação.

A pesquisa não pode aferir o grau de comprometimento dos coordenadores, nem se a formação e capacitação foram específicas para as atividades de gerenciamento e entendimento dos princípios norteadores do sistema de saúde. Um maior enfoque nesses últimos aspectos poderia trazer um maior retorno em resultados de qualidade para os serviços de saúde.

A frequência das competências essenciais foi alta na maioria dos itens, sendo pontuadas com baixos valores questões como autonomia, domínio de tecnologias de informática e manutenção de equipamentos, situações sobre as quais, muitas vezes, esses sujeitos não possuem governabilidade.

Entretanto, na visão dos Chefes de Distrito de Saúde, isso não se converteu em uma boa administração desses serviços. Os Escores dos Chefes de Distrito com valores, em geral, mais baixos e a não concordância através dos testes estatísticos realizados evidenciaram essa percepção.

Essa discordância leva a pensar em uma autoavaliação distorcida, de fato, por fatores não precisamente conhecidos nesse estudo.

O PCATool mostrou-se como um importante instrumento para verificação da presença dos atributos da atenção primária. Foi avaliada a qualidade das unidades e possível, inclusive, perceber pontos de deficiência, como a acessibilidade, que recebeu os menores escores e precisa ser repensada na realidade dessas unidades de saúde.

Em alguns casos, particularidades do território tornaram o preenchimento do PCATool algo distante da realidade local. Essas questões podem ser corrigidas com adaptações do instrumento, realizadas após grande estudo de confiabilidade e validação das modificações por equipes capacitadas.

Percebeu-se, então, que existe uma associação entre qualidade e administração das unidades no estudo presente. Pesquisas com amostras maiores e o uso de ferramentas qualitativas para o aprofundamento de questões não esclarecidas

aqui podem elucidar melhor esses contrastes e sugerir ações para o fortalecimento da Atenção Primária no município.

## REFERÊNCIAS

AHARONY, L, STRASSER, S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. **Med Care Rev**, v 50, 1993.

ALMEIDA, PF, GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v24, n 8, 1727-1742, 2008.

ALVES, LAAR. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, AS, MIRANDA, MRC, **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Ed. Manole, Barueri-SP: 2007.

ANDRE, AM, CIAMPONE, MHT. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enfermagem USP**, v 41, 2007.

ARANGO, HG. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco**. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ÁVILA, DVB. **O perfil do gestor de unidade básica de saúde: verificando competências e habilidades** [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Estadual do Rio Grande do Sul; 2005.

BARLACH, L, LIMONGI-FRANÇA, AC, MALVEZZI, S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. **Interam. J. Psychol**, v 42, n 1, 2008.

BERNHART, MH, WIADNYANA, IGP, WIHARDJO, H, POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med**, v 48, 1999.

BITTAR, TO, MENECHIM, MC, MIALHE, FL, PEREIRA, AC, FORNAZAN, DH. O sistema de informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v14, n 1, 2009.

BOSI, MLM, MERCADO, FJ. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 138 p.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (a).

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v4, n4, 449-459, 2004 (b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_.(a) Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de julho. 2011. Seção 1, p. 79.

\_\_\_\_\_.(b) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: 2011.

CARLOS, DM. As tecnologias leves no contexto da Estratégia de Saúde da Família: (re) organização do trabalho e das relações interpessoais. **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Fortaleza, 2009.

CARVALHO, DR, KALINKE, LP. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Rev Boletim de Enfermagem**, v 2, n1, 2008.

CASTANHEIRA, ERL, DALBEN, I, ALMEIDA, MAS, PUTTINI, RF, PATRICIO, KP, MACHADO, DF, CALDAS, AL, NEMES, MIB. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v18, sup 2, 2009.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

CIAMPONE, MHT, MELLEIRO, MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo do trabalho gerencial. In: Kurcgant P(org.), **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COCHRAN, W.G. **Sampling Techniques**. 3<sup>rd</sup> ed, New York John Wiley, 1977.

COELHO, MO, JORGE, MSB. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 14, sup 1, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A, CHAMPAGNE, F, DENIS, J, PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZA. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 11, n 3, 2006.

CORRADI, EM, ZGODA, LTRW, PAUL, MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v 13, n 2, 2008.

COSTA, G.D., COTTA, R.M.M., FRANCESCHINI, S.C.C., BATISTA, R.S., GOMES, A.P., MARTINS, P.C., FERREIRA, M.L.S.M. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v 18, n 4, 705-26, 2008.

CUBAS, MR. Planejamento local: a fala do gerente de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v 58, n 3, 2005.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. *The Milbank quarterly*, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

ELIAS, PE, FERREIRA, CW, ALVES, MCG, COHN, A, KISHIMA, V, ESCRIVÃO JUNIOR, A. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v 11, n 4, 2006.

ESPIRIDIANO, MA, TRAD, LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v 22, n 6, 1267-1276, jun, 2006.

FELDMAN, BL, RUTHES, RM, CUNHA, ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) v 61, n 2, 2008.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v11, n 3, 553-563, 2006.

FELISBERTO, E, FREESE, E, BEZERRA, LCA, ALVES, CKA, SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v 26, n 6, 2010.

FERNANDES, LCL, MACHADO RZ, ANSCHAU, GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 14, sup 1, 2009.

FERNANDES, MC, BARROS, AS, SILVA, LMS, NÓBREGA, MFB, SILVA, MRF, TORRES, RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência das unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, v 63, n 1, 2010.

FERRAZ, CA, GOES, ELR, MISHIMA, SM. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF),57, 4, p 395-400, 2004.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n 6, 2006.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, LVC, NORONHA, JC, CARVALHO, AI. OR. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p 575-625.

GOUVEIA, GC, SOUZA, WV, LUNA, CF, SOUZA-JUNIOR, PRB, SZWARCOWALD,CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.** v.12, n.3, pp. 281-296, 2009.

HARTZ, ZMA, SILVA, LMV. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2010.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HUBNER, LCM, FRANCO, TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis [online]**, v.17, n.1, 2007.

JOHANSSON, P, OLÉNI, M, FRIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. **Scand J Caring Sci**, v 16, 2002.

KESSNER, DM, KALK, CE, SINGER, J. Assessing Health Quality-the Case for Tracers. **N Engl J Med**, v288, n 25, 1973.

KIRKWOOD, BR. **Essentials of Medical Statistics**. Blackwell Scientific Publications, London, 1988.

LAZZAROTTO, EM, CARDOSO, GM, NAZZARI, RK. Conhecimento, habilidade e atitudes requeridas para o enfermeiro gerenciar unidades básicas de saúde – UBS. **Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil**, Cascavel – PR, 2003.

LEÃO, CDA, CALDEIRA, AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária à saúde e qualidade da atenção. **Ciência Saúde Coletiva**, v 16, n 11,2011.

LEE, J. H. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**, England, v. 21, n. 2, p. 103-11, 2000.

LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **International Journal of Health Services**, Westport, v 32, n 4, 2002.

MAMEDE, S. In: MENDES, EV. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, p 13- 14, 2002.

MARTINS,C, KOBAYASHI, RM, AYOUB, AC,LEITE, MMJ.Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v 15, n 30, 2006.

MATTA, GC, MOROSINI, MVG. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, IB, LIMA, JCF (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2008.

MELLO, GE, FONTANELLA, BJB, DEMARZO, MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev APS**, v 12, n 2, 2009.

MENDES, EV. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

\_\_\_\_\_. O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v.8, n.2, 2005.

MILLER, JC, MILLER, JN. **Statistics for analytical chemistry**. Ellis Horwood Limited, England, 1988.

MINAYO, MCS, ASSIS, SG, SOUZA, ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOREIRA, R. **Roberto Claudio identifica falta de profissionais e de medicamentos no posto de saúde do Álvaro Weyne**. Diário do Nordeste, Fortaleza, 2 de janeiro de 2013.

OLIVEIRA, NA, THOFEHRN, MB, CECAGNO, D, DE SIQUEIRA, HCH, PORTO, AR. **Especialização em projetos assistenciais de Enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos**. Texto Contexto Enferm, v 18, n 4, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. WHO, 2005.

PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria**, Spain, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.

PASCHOAL, AS, MANTOVANI, MF, MÉIER, MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enfermagem USP**, v 41, n 3, 2007.

PASSOS, JP. **A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro**. Tese, São Paulo, Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2004.

PASSOS, JP, CIOSAK, SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enfermagem USP**. São Paulo: v 40, n 4, 464-8, 2006.

PERES, AM, CIAMPONE, MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, v15, n3, 2006.

PESSOA, LR, SANTOS, EHA, TORRES, KRBO. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

PIERANTONI, C R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.2, 2001.

PRAHALAD, CK, HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, may-june, 1990.

RAMIRES, EP, LOURENÇÃO, LG, SANTOS, MR. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.11, n.4, 2004.

RAUPP, B. Planejamento participativo em serviços de atenção primária à saúde, estudo comparativo de duas experiências: Porto Alegre e Montevideu. **Revista APS**, v10, n 2, jul-dez, 2007.

RUSSO, RFSM, RUIZ, JM, CUNHA, RP. Liderança e influência na fase de gestão de projetos. **Produção**, v 15, n 3, 2005.

SALES, N.C. **Análise Diagnóstica de uma unidade básica de saúde no município de Fortaleza-ce: um olhar sobre a gerência**. Monografia. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

SAMPAIO, JC. In: SERAPIONI, M, SILVA, MGC. **Qualidade do programa de saúde da família no Ceará: uma avaliação multidimensional**. Fortaleza: Edições UECE, 2006, p 13-5.

SANTOS, Álvaro da Silva Santos. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS, AS, MIRANDA, MRC, **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Manole, Barueri-SP: 2007.

SCHEFLER, WC. **Bioestadística**. Fondo Educativo Interamericano, S.A., México, 1981.

SERAPIONI, M, SILVA, MGC. **Qualidade do programa de saúde da família no Ceará: uma avaliação multidimensional**. Fortaleza: Edições UECE, 2006.

SERAPIONI, M, SILVA, MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 16, n 11, 2011.

SILVA, AJM. Epidemiologia e planejamento em saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. ROUQUAYROL, MZ, SILVA, MGC. Rio de Janeiro: Medbook, p 467-71, 2013.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA, SILVA, LMV (orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Salvador: EDUFBA. p 15-39, 2010.

SOUSA, MF. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: Sousa, MF. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, Hucitec, 2002.

SOUSA, MHL, SOUZA, RMP, SILVA, MGC. Alocação de Recursos na Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. ROUQUAYROL, MZ, SILVA, MGC. Rio de Janeiro: Medbook, p 585-99, 2013.

STARFIELD, B. *et al.* **Measuring consumer experiences with primary care**. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, abr. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, OU, NEMES, MIB, NOVAES, MD, BASTOS, MG, CÉSAR, CJG, RIEDEL, LF, ROSALEN, J. Formação de gestores locais de saúde; processos para identificar estratégias de atuação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 33, n 2, 1999.

TANAKA, OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V 11, n 3, 2006.

TANAKA, OY, ESPIRITO SANTO, ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern. Infant.**, Recife, v8, n 3, 325-332, 2008.

UCHIMURA, KY, BOSI, MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 18, n 6, 2002.

VAN STRALEN, CJ, BELISÁRIO, AS, VAN STRALEN, TBS, LIMA, AMD, MASSOTE, AW, OLIVEIRA, CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24, supl 1, 2008.

VASCONCELOS, SM, BOSI, MLM, PONTES, RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24, n 12, 2008.

WEIRICH,CF, MUNARI, DB, MISHIMA, SM, BEZERRA, ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009.

ZARIFIAN, Philippe. **El modelo de competencia y los sistemas productivos.** Montevideo: Cinterfor, 1999. 46 p.

## APÊNDICES

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I

### Coordenadores Centros de Saúde da Família

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM ENFOQUE NA GERÊNCIA**”. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto, com perguntas sobre formação acadêmica, experiência profissional anterior e competências gerenciais exercidas na sua prática. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para receber esclarecimento sobre a pesquisa contatar Nayane Coelho Sales (85-8697-3537) ou Marcelo Gurgel Carlos da Silva (85-9986-8566). O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo tel (85)31019890, Av Paranjana, 1700, Campus do Itapery, Fortaleza-CE.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nayane Coelho Sales (pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
Participante

## Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II

### Chefes dos Distritos de Saúde – Regionais

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM ENFOQUE NA GERÊNCIA**”. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre os coordenadores de Centros de Saúde da Família de sua Regional (SER). Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para receber esclarecimento sobre a pesquisa contatar Nayane Coelho Sales (85-8697-3537) ou Marcelo Gurgel Carlos da Silva (85-9986-8566). O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo tel (85)3101-9890, Av Paranjana, 1700, Campus do Itapery, Fortaleza–CE.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nayane Coelho Sales (pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
Participante

## Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido III

### Profissionais dos CSF – Médicos e Enfermeiros

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM ENFOQUE NA GERÊNCIA”**. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre a qualidade da unidade de saúde onde você exerce sua prática. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para receber esclarecimento sobre a pesquisa contatar Nayane Coelho Sales (85-8697-3537) ou Marcelo Gurgel Carlos da Silva (85-9986-8566). O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo tel (85)31019890, Av Paranjana, 1700, Campus do Itapery, Fortaleza–CE.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nayane Coelho Sales (pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
Participante

## **ANEXOS**

## Anexo A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Coordenadores

<b>1 NOME:</b>			
<b>2 DATA DE NASC.:</b> ____/____/____		<b>3 SEXO:</b> ( ) feminino-1 ( ) masculino-2	
<b>4 NATURALIDADE:</b> _____/_____ (cidade/estado)			
<b>5 FORMAÇÃO ACADÊMICA:</b>			
( ) Ens. Superior incompleto 1	( ) Ens. Superior 2	( ) Pós-graduação 3	
( ) Outros:			
Especifique os cursos realizados abaixo:			
<b>Curso</b>	<b>Nível</b>	<b>Instituição</b>	<b>Ano</b>
<b>6 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR</b>			
<b>Instituição</b>	<b>Cargo/ Função</b>	<b>Atividades exercidas</b>	<b>Período (mês/ano)</b>
Legenda para <u>Atividades exercidas</u> : Administrativa/ Gestão → 1 , Assistência Hospitalar → 2, Assistência ambulatorial/ PSF → 3, Ensino/ Pesquisa → 4, Consultoria → 5,			
Outros. Especificar:			
<b>7 VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM PREFEITURA DE FORTALEZA</b>			
( ) 1CLT	( ) 2 Servidor público	( ) 3Terceirizado	( ) 4Pessoa Jurídica
( ) 5Outro tipo de vínculo:			
Data da admissão (mês/ano): ____/____/____			
Possui outra(s) ocupação(ões) atualmente? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique? :			
<b>8 CARGA HORÁRIA NA UNIDADE (em horas/semana):</b>			
( ) 20 1	( ) 30 2	( ) 40 3	( ) Outro, especifique:







## Anexo B - CHEFES DE DISTRITOS DE SAÚDE – Regionais

Regional: I ( )    II ( )    III ( )    IV ( )    V ( )    VI ( )

Coordenador avaliado: \_\_\_\_\_

CSF que gerencia: \_\_\_\_\_

Responda abaixo marcando um “X” referente às ações desenvolvidas, em relação às habilidades, atribuições e competências da gerência que mais se enquadram na prática do coordenador que você supervisiona:

<b>HABILIDADES</b>	Sempre (5)	Quase sempre(4)	Frequen- temente (3)	Raramente (2)	Nunca (1)	Sem resposta (0)
<b>11 Planejamento</b> - Desenvolve planos de ações realistas, identifica e descreve os problemas de Gestão, identifica os nós críticos para seu enfrentamento, analisa o processo de trabalho em busca da reorganização de suas práticas.	<input type="checkbox"/>					
<b>15 Negociação</b> - Capaz de negociar para construir viabilidades para a realização das metas programadas.	<input type="checkbox"/>					
<b>ATRIBUIÇÕES</b>	Sempre (5)	Quase sempre(4)	Frequen- temente (3)	Raramente (2)	Nunca (1)	Sem resposta (0)
<b>19 Análise das condições de saúde, problemas e necessidades</b> – com base no sistema de informação de atenção básica e por meio de dados epidemiológicos	<input type="checkbox"/>					
<b>21 Programação e controle da execução de ações no atendimento à demanda espontânea:</b> acolhimento, humanização na porta de entrada, sala de espera, atividades educativas, etc.	<input type="checkbox"/>					
<b>COMPETÊNCIAS</b>	Sempre (5)	Quase sempre(4)	Frequen- temente (3)	Raramente (2)	Nunca (1)	Sem resposta (0)
<b>25 Participa de trabalho em equipe:</b> trabalha de maneira cooperativa com a equipe, contribuindo com idéias e sugestões; não fala de maneira negativa sobre os integrantes do grupo na sua ausência; ajuda a enfrentar problemas de desempenho do grupo.	<input type="checkbox"/>					
<b>34 Monitora e corrige desempenho:</b> distingue tendências, prediz o impacto das ações, diagnostica desvio de função e toma a ação necessária para corrigir desempenho.	<input type="checkbox"/>					

Nota: Esse instrumento corresponde a uma seleção de perguntas do instrumento aplicado aos coordenadores dos Centros de Saúde da Família.

**Anexo C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Profissionais**

A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
	Com certeza, sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei / não lembro (0)
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - LONGITUDINALIDADE					
	Com certe sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certe não (1)	Não sei / não lembro (0)
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pelo mesmo médico/enfermeiro?					
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Com certeza sim (4)</b>	<b>Provavelmente, sim (3)</b>	<b>Provavelmente, não (2)</b>	<b>Com certeza não (1)</b>	<b>Não sei / não lembro (9)</b>
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

	<b>Com certeza sim (4)</b>	<b>Provavelmente, sim (3)</b>	<b>Provavelmente, não (2)</b>	<b>Com certeza não (1)</b>	<b>Não sei / não lembro (9)</b>
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?					
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES</b>					
	<b>Com certeza sim (4)</b>	<b>Provavelmente, sim (5)</b>	<b>Provavelmente, não (6)</b>	<b>Com certeza não (1)</b>	<b>Não sei / não lembro (9)</b>
D1 – Você solicita aos pacientes tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletim de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2 – Você permitiria aos paciente examinar seus prontuários se assim quisessem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>					
	<b>Com certeza sim (4)</b>	<b>Provavelmente, sim (5)</b>	<b>Provavelmente, não (6)</b>	<b>Com certeza não (1)</b>	<b>Não sei / não lembro (9)</b>
E1 – Aconselhamento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 – Imunizações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de Assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 – Avaliação da saúde bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5 – Tratamento dentário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Com certeza sim (4)</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza não (1)</b>	<b>Não sei / não lembro (9)</b>
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14 – Remoção de verrugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E17 – Cuidados pré-natais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18 – Remoção de unha encravada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS</b>					
<p><b>Você atende pacientes: ( ) de todas as idades ( ) somente crianças e adolescentes (menores de anos) ( ) somente adultos</b></p> <p><i>Conforme a resposta acima, responda da seguinte forma:</i></p> <p>Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).</p> <p>Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.</p> <p>Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.</p>					

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias					
Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?					
	Com certeza sim (4)	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza não (1)	Não sei / não lembro (9)
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	<input type="checkbox"/>				
F2- Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos	<input type="checkbox"/>				
F3- Aconselhamento sobre o uso do cinto de segurança, assentos seguros para crianças andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	<input type="checkbox"/>				
F4 a F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima)					
	Com certeza sim (4)	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza não (1)	Não sei / não lembro (9)
F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	<input type="checkbox"/>				
F5- Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	<input type="checkbox"/>				
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	<input type="checkbox"/>				
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	<input type="checkbox"/>				
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: venenos), no lar, no trabalho, na comunidade	<input type="checkbox"/>				
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	<input type="checkbox"/>				
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	<input type="checkbox"/>				
F11 – Como prevenir quedas	<input type="checkbox"/>				
F 12 – Prevenção de osteoporose em mulheres	<input type="checkbox"/>				
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	<input type="checkbox"/>				
F14 e F15 se aplicam apenas a crianças					

	Com certeza sim (4)	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza não (1)	Não sei / não lembro (9)
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	<input type="checkbox"/>				
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	<input type="checkbox"/>				
<b>G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>					
	Com certeza sim (4)	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza não (1)	Não sei / não lembro (9)
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou membro da família?	<input type="checkbox"/>				
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	<input type="checkbox"/>				
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	<input type="checkbox"/>				
<b>H - Orientação Comunitária</b>					
	Com certeza sim (4)	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza não (1)	Não sei / não lembro (9)
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	<input type="checkbox"/>				
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	<input type="checkbox"/>				
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>				
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	<input type="checkbox"/>				
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	<input type="checkbox"/>				
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários, etc.)	<input type="checkbox"/>				

## Anexo D - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – Submissão Plataforma Brasil

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

### PROJETO DE PESQUISA

Título: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM ENFOQUE NA  
Área Temática: GERÊNCIA

Pesquisador: NAYANE COELHO SALES

Versão: 1

Instituição: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE )) CAAE: 01090012.2.0000.5534

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 26934

Data da Relatoria: 30/04/2012

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo é do tipo quantitativo, com caráter descritivo e analítico. Será realizado em 30 dos 91 Centros de Saúde da Família (CSF) que integram a rede de atenção básica à saúde no município de Fortaleza, CE, e os respectivos Distritos de Saúde de cada Secretaria Executiva Regional (SER) da Prefeitura Municipal. Trabalhadores de saúde na atenção primária em funções de gestão serão submetidos a três instrumentos. O primeiro instrumento busca identificar as competências gerenciais e formação profissional, contendo uma escala composta por trinta variáveis agrupadas em três componentes: habilidades, atribuições e competências, com respostas que variam entre nunca, quase nunca, indeciso, quase sempre, sempre e sem resposta (5, 4, 3, 2, 1, 0, respectivamente). Contém também perguntas referentes a experiências profissionais anteriores e formação acadêmica. Deverá ser respondido exclusivamente pelos gerentes dos CSF. Para evitar possíveis distorções por essa autoavaliação, um segundo instrumento, adaptado do primeiro, será respondido pelos chefes dos distritos de saúde de cada regional pesquisada, indivíduos supervisores dos gerentes, possibilitando, ao final, ser aplicado o Coeficiente de Kappa. Um terceiro instrumento, PCATool Brasil, será aplicado com médicos e enfermeiros (profissionais de nível superior da equipe mínima) de equipes completas que pertençam às unidades sorteadas. Esse instrumento contém critérios de avaliação da qualidade através da presença dos atributos da atenção primária, divididos em três seções: uma para profissionais de saúde e duas para usuários (adultos e crianças). Utilizar-se-á, nesse estudo, a versão para profissionais, composta por 77 itens, divididos em oito componentes em relação aos atributos da APS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar a qualidade dos serviços da rede básica de saúde de Fortaleza-CE, a partir das competências essenciais dos gerentes e da visão dos profissionais inseridos nos Unidades Básicas de Saúde da Família.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não apresenta riscos.

Benefícios: para os participantes da pesquisa existe o benefício de conhecer melhor a qualidade dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde da qual fazem parte e assim contribuir cada vez mais para melhorias.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e apresenta metodologia descrita de forma objetiva e clara.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE escrito de maneira adequada.  
Critérios de inclusão e exclusão objetivamente demarcados.  
Folha de rosto adequada.

#### Recomendações:

Encaminhar relatório ao final da pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:



O protocolo de pesquisa está de acordo com os ditames da resolução 196/96 do CNS, tem temática relevante e haverá retorno aos participantes e à comunidade envolvida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

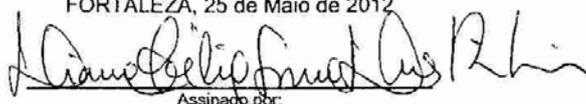
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O protocolo foi aprovado em reunião do colegiado do dia 14 de maio de 2012, por obedecer aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

FORTALEZA, 25 de Maio de 2012



Assinado por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO



## Anexo E - Modelo aprovação Secretaria Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (ex.; Regional I)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER I.

Dr. Eymard Bezerra Maia / Dra. Juliana Gaspar Azevedo.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM EFOQUE NA GERÊNCIA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **NAYANE COELHO SALES** aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE está sob orientação da Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER I.**

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **MAIO A JUNHO DE 2012.**

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER I – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 08 de maio de 2012.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola