



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**



**GABRIEL PENNA FELISBERTO**

**PROPOSTA DE SISTEMA DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA SERVIÇOS  
DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS**

**VITÓRIA – ES**

**2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA



**GABRIEL PENNA FELISBERTO**

**PROPOSTA DE SISTEMA DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA SERVIÇOS  
DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão Pública, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin

**VITÓRIA – ES**

**2023**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

F313p Felisberto, Gabriel Penna, 1995-  
Proposta de sistema de indicadores de qualidade para serviços de atenção à saúde em uma instituição sem fins lucrativos / Gabriel Penna Felisberto. - 2023.  
178 f. : il.

Orientador: Bruno Henrique Fiorin.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Gestão da qualidade total. 2. Indicadores de saúde. 3. Administração dos serviços de saúde. 4. Saúde pública - Avaliação. I. Fiorin, Bruno Henrique. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

---

**GABRIEL PENNA FELISBERTO**

**PROPOSTA DE SISTEMA DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO SEM FINS  
LUCRATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovado em 29 de março de 2023.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin**  
**Orientador – PPgGP/Ufes**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucilaine Maria Pascuci**  
**Membro Interno – PPgGP/UFES**

---

**Prof. Dr. Pablo Luiz Martins**  
**Membro Externo – Profiap/UFESJ**

Dedico este trabalho à Ilna, Letícia, Gilberto, Bárbara e Carol, que foram a minha força e minha estrutura nesta jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que, mesmo nas horas mais difíceis, puderam me prover o amor e a estrutura necessárias para minha chegada a este ponto. Sem vocês, nada disso seria possível.

À minha irmã, que foi minha parceira de estudo, leitura e, quando necessário, críticas, que me ajudou a crescer e sempre acreditou em mim, mesmo nos momentos mais árduos.

Aos meus avós, Ilka e Napoleão, que sempre me incentivaram a buscar meus sonhos e ajudaram a ser quem eu sou hoje.

À Bárbara e Carol, que nunca pestanejaram em me dar suporte incondicional. Por todos esses anos, nunca conheci alguém como vocês, e sei que não irei conhecer de novo. Agradeço todos os dias por ter tido a sorte de encontrar vocês ao longo desta vida.

Aos meus amigos e familiares, que deram o apoio e assistência essenciais às minhas conquistas.

Ao meu orientador, Bruno, pela paciência e ensinamentos, esses que levarei comigo para minha vida acadêmica, profissional e pessoal.

À Universidade Federal do Espírito Santo, que me proporcionou conhecimento e ensino, auxiliando a conquistar meus objetivos.

## RESUMO

FELISBERTO, Gabriel Penna. **Proposta de sistema de indicadores de qualidade para serviços de atenção à saúde em uma instituição sem fins lucrativos. 2023.** 178f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

**Introdução:** a sociedade demanda cada vez mais serviços de alta qualidade por parte das organizações. Quando contabilizada a área da saúde, tal premissa não é diferente, especialmente quando consideradas as carências latentes dos usuários por serviços que melhorem sua qualidade de vida. Nesse contexto, torna-se primordial que o planejamento e gestão das organizações de saúde tenham em mente sistemas de avaliação que sejam robustos e tornem o monitoramento da qualidade um ponto de destaque. **O problema:** o uso de indicadores de qualidade em instituições de atenção à saúde se configura como um passo fundamental na gestão organizacional, uma vez que a leitura de seus dados auxilia num melhor gerenciamento das estratégias de controle da qualidade de serviços, mitigando e corrigindo processos de trabalho e estimulando a *performance* dos colaboradores. Com isso em mente, **o objetivo deste estudo** se configura em propor um processo de gestão por meio de um sistema de medição de indicadores de qualidade para uma instituição filantrópica voltada para serviços atenção em saúde. **Em termos teóricos**, o estudo busca apoio na compreensão da qualidade no setor de serviços e, mais especificamente, de serviços de atenção à saúde, com realce nas formas possíveis de sua avaliação e estruturação de estratégias que busquem a evolução dos serviços prestados. **Quanto aos métodos e procedimentos**, este trabalho se trata de um estudo metodológico de pesquisa aplicada, sendo uma pesquisa de campo com caráter exploratório e descritivo, cujo objeto de estudo é uma instituição filantrópica que fornece serviços de atenção à saúde, situada no município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo. A coleta e análise de dados foi caracterizada por uma revisão integrativa de literatura e, posteriormente, o “Guia Referencial para Construção e Análise de Indicadores”, de Leandro Oliveira Bahia, cuja metodologia foi adaptada para a utilização dez passos para a construção de um sistema de medição de desempenho por indicadores de qualidade, com o propósito de desenvolvê-los, validá-los e monitorá-los. **Os resultados** trouxeram a identificação, por meio da revisão integrativa, de indicadores de qualidade utilizados na área da saúde. Foi realizado um processo de seleção dos indicadores mais aderentes com a organização, e construído cada um de seus aspectos: objetivo de mensuração; fatores críticos de sucesso; fórmulas de cálculo; metas; responsáveis pela apuração e definição da forma de coleta de dados. Ao final, foi desenvolvido um sistema contendo nove indicadores de qualidade para proposta à instituição. Observou-se com esta pesquisa a importância dos métodos de avaliação e monitoramento na área de atenção à saúde, e como os indicadores de qualidade podem ser de extrema valia para auxílio na excelência dos serviços prestados. **O produto técnico desenvolvido** a partir deste estudo foi um processo de trabalho caracterizado como uma ferramenta gerencial, com o propósito de contribuir na gestão da qualidade dos serviços de saúde, na tentativa de combater as falhas em processos de trabalho e melhorar a qualidade oferecida aos usuários.

**Palavras-chave:** Gestão pública; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Avaliação na atenção à saúde; Qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

FELISBERTO, Gabriel Penna. **Proposal of system of quality indicators for health care services in a philanthropic institution.** 2023. 178p. Dissertation (Professional Master's Program in Public Management) – Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2023.

**Introduction:** society increasingly demands high quality services from organizations. When accounting for the health care area, this premise is no different, especially when considering the latent needs of users for services that improve their quality of life. In this context, it is essential that the planning and management of health organizations consider evaluation systems that are robust and make quality monitoring a must. **The problem:** the use of quality indicators in health care institutions is a fundamental step in organizational management, since the reading of their data helps in a better management of service quality control strategies, mitigating and correcting work processes and stimulating employee performance. With that in mind, **the objective of this study** is to propose a management process through a system of quality indicators for a philanthropic institution focused on health care services. **In theoretical terms,** the study seeks support in the understanding of quality in the service sector and, more specifically, in health care services, with emphasis on the possible ways of its evaluation and structuring of strategies that seek the evolution of the services provided. **As for the methodology and procedures,** this work is a methodological study of applied research, being a field research with an exploratory and descriptive character, whose object of study is a philanthropic institution that provides health care services, located in the municipality of Vila Velha, in the state of Espírito Santo. Holy. Data collection and analysis was characterized by an integrative literature review and, subsequently, the "Reference Guide for the Construction and Analysis of Indicators", by Leandro Oliveira Bahia, whose methodology was adapted to use ten steps to build a system of performance measurement by quality indicators, with the purpose of developing, validating and monitoring them. **The results** led to the identification, through the integrative review, of quality indicators used in the health care area. A selection process was carried out for the indicators most in line with the organization, and each of its aspects was constructed: measurement objective; critical success factors; calculation formulas; goals; responsible for verifying and defining the form of data collection. In the end, a system containing nine quality indicators was developed to be proposed to the institution. It was observed with this research the importance of evaluation and monitoring methods in the area of health care, and how quality indicators can be of extreme value to aid in the excellence of the services provided. **The technical product developed** from this study was a work process characterized as a management tool, with the purpose of contributing to the management of the quality of health services, to combat failures in work processes and improve the quality offered to users.

**Key words:** Public management; Quality indicators, health care; Health care evaluation; Health care quality.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade na atenção à saúde

Figura 2 – Características dos indicadores de esforço (*driver*) e de resultado (*outcome*)

Figura 3 – Indicadores de esforço e de resultado subdivididos

Figura 4 – Identificação de Fatores Críticos de Sucesso (FCS)

Figura 5 – Matriz de validação dos indicadores

Figura 6 – Fluxograma descrito do processo de levantamento e seleção dos artigos

Figura 7 – Exemplo de Diagrama de Ishikawa

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Itens para documentação de um indicador

Quadro 2 – Trabalhos correlatos ao tema da pesquisa

Quadro 3 – Critérios para identificação e seleção de indicadores

Quadro 4 – Pontos dos FCS a serem observados em cada indicador

Quadro 5 – Agrupamento dos indicadores de qualidade encontrados e suas temáticas centrais

Quadro 6 – Indicadores preestabelecidos na sessão de alinhamento estratégico com as referências técnicas

Quadro 7 – Detalhamento do objetivo e FCS de cada indicador

Quadro 8 – Indicadores preestabelecidos validados preliminarmente

Quadro 9 – Representação de plano de ação construído por meio do método 5W2H

Quadro 10 – Indicadores e suas respectivas fórmulas de cálculo, metas, responsáveis e forma de coleta de dados

Quadro 11 – Sistema de indicadores de qualidade proposto e seus componentes

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Compilação dos PTs e PTG final de cada indicador

Tabela 2 – Indicadores finais estabelecidos de acordo com sua ordem de classificação

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>14</b>
1.1 TEMPORALIDADES.....	14
1.2 O TEMA.....	15
1.3 O CONTEXTO E O PROBLEMA.....	18
1.4 OBJETIVOS.....	19
<b>1.4.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>19</b>
1.5 PRODUTO TÉCNICO ESPERADO.....	19
1.6 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	20
<b>2 APORTE TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1 OS SERVIÇOS NO ESPAÇO SOCIOECONÔMICO.....	22
<b>2.1.1 O setor de serviços e seu contexto geral.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.2 O Terceiro Setor no auxílio à prestação de serviços públicos.....</b>	<b>25</b>
2.2 A QUALIDADE E SEU CONTEXTO GLOBAL.....	27
<b>2.2.1 Histórico da qualidade no espaço socioeconômico.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.2 A qualidade no setor de serviços.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.3 A qualidade no setor de serviços de atenção à saúde.....</b>	<b>31</b>
2.3 SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE INDICADORES NA GESTÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	35
<b>2.3.1 Os indicadores na gestão da qualidade organizacional.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.2 Os indicadores na gestão da qualidade da atenção à saúde.....</b>	<b>40</b>
2.4 TRABALHOS CORRELATOS.....	42
<b>3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>62</b>
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	62
3.2 OBJETO DE ESTUDO.....	63
3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	65

3.3.1 Passo 1: Sondagem na literatura científica de indicadores de qualidade preestabelecidos.....	65
3.3.2 Passo 2: Escolha e preestabelecimento dos indicadores.....	68
3.3.3 Passo 3: Identificação do objetivo da mensuração.....	70
3.3.4 Passo 4: Avaliação preliminar dos indicadores.....	72
3.3.5 Passo 5: Construção de fórmulas para cálculo dos indicadores.....	73
3.3.6 Passo 6: Estabelecimento de metas.....	73
3.3.7 Passo 7: Definição dos responsáveis pela apuração dos indicadores.....	74
3.3.8 Passo 8: Definição da forma de coleta de dados.....	74
3.3.9 Passo 9: Avaliação final dos indicadores.....	74
3.3.10 Passo 10: Estabelecimento dos indicadores finais.....	76
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	77
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
4.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	78
4.1.1 Passo 1: Sondagem na literatura científica de indicadores de qualidade preestabelecidos.....	78
4.1.2 Passo 2: Escolha e preestabelecimento dos indicadores.....	85
4.1.3 Passo 3: Identificação do objetivo da mensuração.....	87
4.1.4 Passo 4: Avaliação preliminar dos indicadores.....	96
4.1.5 Passo 5: Construção de fórmulas para cálculo dos indicadores.....	97
4.1.6 Passo 6: Estabelecimento de metas.....	98
4.1.7 Passo 7: Definição dos responsáveis pela apuração dos indicadores.....	103
4.1.8 Passo 8: Definição da forma de coleta de dados.....	104
4.1.9 Passo 9: Avaliação final dos indicadores.....	109
4.1.10 Passo 10: Estabelecimento dos indicadores finais.....	112
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>134</b>

<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR.....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE C – ARTIGO PRODUZIDO EM CONJUNTO COM A DISSERTAÇÃO e A PRODUÇÃO TÉCNICA.....</b>	<b>161</b>

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 TEMPORALIDADES

A oferta de serviços públicos se mostra para mim como uma área multifacetada, e que é de extrema importância para qualquer linha de atuação pública. Infelizmente, é comum observar disfunções e falhas nos processos de trabalho que envolvem esse âmbito, e justamente por isso esse campo se torna algo de interesse para mim, considerando que essa oferta, sendo realizada com maior eficiência e destreza, pode gerar benefícios palpáveis para uma organização.

Desde jovem, meu interesse pela gestão pública foi latente, e sempre foi algo que me motivou a buscar caminhos acadêmicos e profissionais para atuação nessa área. A preferência pela área da saúde pública especificamente também foi algo que marcou presença durante toda a minha vida, seja na infância ou na vida adulta. Tendo vivido ao redor de pessoas que sempre trabalharam nessa área, em especial na saúde pública municipal e estadual, sempre tive o desejo de contribuir para o enfrentamento dos desafios que esse campo tem a oferecer.

Durante minha graduação em Administração, a gestão pública foi trabalhada de forma tímida, o que me deixou com ainda mais anseio de entender com mais propriedade esse âmbito. Iniciando aos 19 anos, comecei um estágio em uma instituição sem fins lucrativos, focada na atenção à saúde dos cidadãos do município de Vila Velha, Espírito Santo. Tendo essa organização um vínculo forte com o município e o estado e, ao mesmo tempo, oferecendo serviços de atenção à saúde para a população por meio de políticas preestabelecidas, pude me inserir em um meio o qual sempre foi objetivo meu de atuação, e no qual me encontro ainda atualmente.

Aos 25 anos, tendo a oportunidade de iniciar um curso de mestrado em uma universidade federal, entendo como esse processo será ímpar para meu desenvolvimento como aluno, profissional e cidadão. Essa pós-graduação tem me proporcionado subsídios com os quais o enfrentamento dos desafios diários encontrados em meu dia a dia se torna mais abordável e entendível, me proporcionando mais ferramentas para atuar de forma mais assertiva.

A escolha da temática proposta se mostra bastante relevante no que tange à gestão pública, e possui relação intrínseca à minha área de atuação, podendo gerar

benefícios reais para o processo de tomada de decisão e gestão de uma instituição. No âmbito específico da saúde, a utilização de indicadores de qualidade se configura como uma ferramenta de alcance organizacional profunda, que auxilia na adoção de medidas e propostas de mudanças que visam o aumento da produtividade, eficiência e eficácia das atividades, mas sempre levando em consideração a segurança, bem-estar e perspectiva do usuário.

A implementação de um sistema de indicadores de qualidade e seu consequente monitoramento para uma organização cujo foco principal é a provisão de serviços ao usuário, em especial serviços de atenção à saúde, pode ser o caminho para uma instituição elevar a excelência de sua atuação. Além disso, será possível perceber em sua atuação final, ou seja, nos próprios usuários, o impacto das decisões geradas por um sistema como esse, e as diferenças causadas poderão ser palpáveis nesse sentido.

Com isso, posso dizer que me sinto realizado e em um ótimo caminho profissional e acadêmico, sabendo que será possível aplicar conhecimentos adquiridos ao longo de uma caminhada dentro uma área que eu prezo tanto. Esta pesquisa faz parte fundamental do meu ser, e, com toda certeza, por meio de seu impacto, irei me tornar um profissional mais completo.

## 1.2 O TEMA

As demandas por serviços cada vez mais complexos e dinâmicos por parte da sociedade e do mercado fazem com que as organizações busquem meios de atender às necessidades latentes da melhor forma possível, sempre levando em consideração a qualidade oferecida e a resolubilidade. As organizações necessitam manter tal premissa em destaque, uma vez que a qualidade não se configura mais como forma de diferenciação, mas sim como uma característica essencial de sobrevivência (OLIVEIRA, 2020).

A prestação de serviços tem detido cada vez mais expressividade em países desenvolvidos, gerando, conseqüentemente, uma necessidade mais acentuada de observar-se a qualidade desses serviços prestados (MIGUEL; SALOMI, 2004). Desta forma, é possível observar como as organizações têm empenhado seus esforços na

tentativa de superar os desafios impostos pela busca da excelência em seus produtos, e em como esse processo tem como cerne as necessidades do público-alvo (FRITSCH, 2000).

A qualidade pode ser definida como um conjunto de atributos que tornam determinado produto ou serviço satisfatório, ao ponto de atender ou superar as expectativas do cliente (KOTLER; KELLER, 2012). Logo, nesta perspectiva, essa característica se torna parte integral da produção e oferta de serviços, sendo um investimento necessário para que organizações possam obter sucesso em seu ramo (FRITSCH, 2000).

É importante frisar que, no âmbito da gestão pública, a qualidade dos serviços propostos também se torna objeto de avaliação, e é um critério observado dentre os cidadãos. Os gestores de serviços públicos precisam entender que a qualidade percebida pela população acerca dos serviços públicos prestados é um atributo de suma importância, e que sua atenção a fatores como servidores bem treinados e capacitados, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência são fundamentais para a prática de serviços superiores, enfatizando neste ponto a importância do grau de satisfação do usuário (NOVAES; LASSO; MAINARDES, 2015).

Na área da saúde o panorama é similar, com diversos fatores individuais, sociais e culturais impactando nas demandas por serviços específicos desse ramo (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). O planejamento dentro da gestão de sistemas de saúde possui lugar de destaque, e precisa ser desenvolvido levando em consideração as necessidades reais da população (PEREIRA; TOMASI, 2016).

A busca pela qualidade sempre foi um fator bastante relevante nesse âmbito de atuação, justamente pela sua característica de atuação de um indivíduo para com outro (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Donabedian (1978) já dissertava sobre o assunto na década de 1970, relatando que o objetivo da avaliação da qualidade em serviços de saúde se configura na verificação do nível de sucesso das ações na área. Isso torna o monitoramento da qualidade um ponto de destaque, auxiliando, segundo o autor, a nivelar e assegurar os padrões aceitáveis que devem ser seguidos pelos profissionais e instituições.

Portanto, percebe-se a necessidade de processos que possam ser monitorados, para que auxiliem na manutenção da qualidade oferecida em serviços de saúde ofertados a usuários. Uma das métricas que podem ser utilizadas é um sistema de medição de desempenho, por meio da construção e monitoramento de indicadores organizados e alinhados à missão institucional.

Os indicadores se configuram como instrumentos que auxiliam a identificar e medir situações ou aspectos relacionados a um determinado fenômeno, traduzindo, de forma mensurável, uma perspectiva, o que torna sua avaliação operacional (BAHIA, 2021). Indicadores, portanto, surgem como ferramentas pelas quais se torna possível o alcance de metas, melhorias na qualidade ofertada, identificação de avanços e auxílio na correção de problemas (BRASIL, 2009).

É necessário entender que os indicadores funcionam de forma a apresentar informações que sejam úteis para a organização e necessárias para que seus colaboradores possam desenvolver suas atividades da melhor forma possível. Por meio dessas informações, provém direcionamento, indicando quais ajustes são exigidos e apoiando a tomada de decisão por parte da gestão, sempre levando em consideração a busca por melhorias (BAHIA, 2021).

Em organizações de Atenção à saúde, sempre houve uma cultura de dificuldades na mensuração da qualidade e desempenho dos serviços em razão da complexidade do sistema em si (FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA, 2019). Entretanto, observa-se que, ao decorrer dos anos e porventura de uma preocupação maior com o impacto de ações na saúde da população, a avaliação dos serviços de saúde oferecidos por estas tem sido preocupação contínua em órgãos de gestão brasileiros, demonstrando a importância desse tipo de processo (BORGES; DOS SANTOS; DE ASSIS SIMÕES, 2020).

Logo, observa-se a importância da realização de pesquisas acerca do tema de avaliação na área da saúde, em especial no que tange à construção e uso de sistemas de indicadores de qualidade para a verificação e monitoramento de diversas áreas de trabalho. Esta pesquisa se propõe a contribuir para essa área de estudo, com foco de implementar um processo de gestão por meio de um sistema de medição de indicadores de qualidade, construindo-os, validando-os e monitorando-os, para uma instituição filantrópica voltada para serviços de atenção à saúde.

### 1.3 O CONTEXTO E O PROBLEMA

O uso de indicadores de qualidade em instituições de atenção à saúde se configura como um passo fundamental na gestão organizacional. Os indícios, os dados e a leitura/análise competente dos resultados que um sistema de medição por indicadores pode oferecer auxiliam a tomada de decisão em níveis estratégicos, e apoiam a gestão a propor medidas cabíveis para que processos de trabalho sejam otimizados e serviços de saúde possam ser providos com maior eficiência e eficácia.

Com as complexidades que qualquer sistema de saúde possui, sejam relacionadas aos utentes atendidos, ao ambiente organizacional ou processos, observa-se como a qualidade dita qualquer tipo de satisfação. Portanto, é cada vez mais forte os níveis de cobrança gerencial para que os serviços sejam executados com primor. Porém, em muitos serviços, a alta gestão não dispõe das ferramentas necessárias para efetivamente avaliar como e de que forma os usuários estão sendo acolhidos dentro da organização.

Nesse sentido, observa-se que problemas decorrentes de um monitoramento da qualidade insatisfatório podem começar a surgir em demasia, afetando diretamente a capacidade de desempenhar junto aos usuários atendidos. Problemas relacionados a dissabor do paciente para com o serviço recebido, reclamações mais constantes, índice de faltas alto, incapacidade de percepção de pontos negativos na prestação dos serviços pela gestão são todos incorrências compreendidas de uma falta de avaliação mais densa e eficaz na área da qualidade da atenção provida. Além disso, áreas de análise de *performance* de profissionais e suas condutas, relações interpessoais e qualificação geral da instituição em seu ambiente competitivo se mostram defasadas pela falta de um processo que classifique suas ações para com os usuários.

Somado a isso, o Ministério da Saúde ressalta a importância do desenvolvimento de políticas voltadas à avaliação e monitoramento da atenção à saúde nesta conjuntura (VIANA et al., 2019), o que empreende local de destaque à temática, por também ser objeto de interesse de gestores municipais, estaduais e federais que atuam nesse âmbito (BORGES; DOS SANTOS; DE ASSIS SIMÕES, 2020) e necessitam de uma

estratégia concisa que avalie atributos distintos sob uma mesma ótica: a evolução de seu sistema de saúde (MARSHALL et al., 2006).

Sob essa perspectiva, este estudo terá como norte os seguintes questionamentos:

- Quais os indicadores que podem ser construídos e monitorados de forma a impactar positivamente na qualidade dos serviços de atenção à saúde providos por uma instituição filantrópica?
- Quais os processos que a partir do sistema de indicadores construído, auxiliarão na gestão da qualidade dos serviços de atenção à saúde da instituição filantrópica?

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

Uma vez posicionado o contexto e os questionamento da pesquisa, aponta-se que o objetivo geral deste trabalho é:

- A. Propor um processo de gestão por meio de um sistema de medição de indicadores de qualidade para uma instituição filantrópica voltada para serviços atenção em saúde.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

Para apoiar o cumprimento do objetivo geral descrito, citam-se os seguintes objetivos específicos:

- A. Elaborar e avaliar indicadores de qualidade específicos para um serviço de atenção à saúde;
- B. Apresentar plano de monitoramento dos indicadores de qualidade com estipulação de metas e planos de ação.

## 1.5 PRODUTO TÉCNICO ESPERADO

Ao final do desenvolvimento desta pesquisa, espera-se que seja construído como Produto Técnico/Tecnológico (PTT) um processo de trabalho caracterizado como uma ferramenta gerencial, na forma de um sistema de medição de indicadores de qualidade, para a área de atenção à saúde da instituição filantrópica aqui pesquisada. Esse sistema será um instrumento que irá entregar análises que impactarão na tomada de decisão final pela alta gestão, no que tange à manutenção dos processos de trabalho e na provisão dos serviços em questão aos usuários.

## 1.6 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa irá focar na área da qualidade em saúde de uma instituição filantrópica, localizada no município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo. A organização em destaque apresenta diversos projetos, nas mais variadas áreas de atuação, como educação e assistência.

Entretanto, observa-se a delimitação na área da atenção à saúde pela aderência aos objetivos aqui descritos, além desta área configurar o projeto de maior relevância da instituição, no qual é dispendido o maior aporte de recursos, financeiros e humanos, e ser o foco maior das prestações de contas e auditorias realizadas anualmente, seja pelo Ministério Público ou por empresas independentes. Ademais, este setor apresenta os maiores desafios, gerenciais e organizacionais, os quais a alta gestão precisa enfrentar na busca por serviços mais eficazes e direcionados para a missão e visão da instituição.

Pesquisas deste tipo se configuram essenciais para a manutenção de uma boa provisão de serviços. Especialmente no que tange à área de atenção à saúde, é imprescindível que estratégias de verificação, avaliação e monitoramento sejam construídas e administradas, com o intuito de organizar os melhores processos de trabalho para os usuários.

Em termos organizacionais, uma boa ferramenta de avaliação pode mitigar erros institucionais, gerar *feedbacks* necessários à manutenção dos serviços, observar comportamentos a serem mudados pelos colaboradores e áreas a serem aperfeiçoadas que impactam diretamente nos utentes. Todos esses aspectos, no panorama geral, se enquadram em uma perspectiva macro, de mudança na qualidade

de vida dos cidadãos e na provisão do melhor que qualquer organização tem a oferecer, e da melhor forma possível, para a população.

## 2 APORTE TEÓRICO

### 2.1 OS SERVIÇOS NO ESPAÇO SOCIOECONÔMICO

#### 2.1.1 O setor de serviços e seu contexto geral

Um grande impulsionador do desenvolvimento social e econômico no universo das organizações é a prestação de serviços. Os serviços possuem papel central na economia em nosso país e no contexto global, fornecendo a estrutura necessária para que as mais diversas atividades possam ocorrer naturalmente (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011).

As características de serviços podem ser explicadas como um ato, esforço ou até mesmo um desempenho, que será, em última análise, caracterizado pela natureza de sua existência (RATHMELL, 1966). Complementarmente, o serviço pode se instituir a partir da noção de algo que alguém tem a possibilidade de oferecer, podendo ser qualquer ato ou desempenho, que não resulte na propriedade de nada, e que seja essencialmente intangível (KOTLER; KELLER, 2012).

As características essenciais de um serviço foram discutidas inicialmente em trabalhos principalmente voltados ao *marketing*, realizados com maior frequência a partir da década de 1960. Os principais atributos de um serviço são a inseparabilidade, no que tange à relação intrínseca do serviço à sua produção e consumo; a heterogeneidade/variabilidade, que trata da variação que o serviço sofre em relação aos seus prestadores, local e data de realização; a perecibilidade, que trata da falta de possibilidade de estocagem de serviços; e a intangibilidade (e.g. REGAN, 1963; RATHMELL, 1966; SHOSTACK, 1977; ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1985). A intangibilidade se configura como a principal característica dessa natureza existencial dos serviços, representada como o oferecimento de um ato, sem que esse resulte na propriedade de algo tangível (KOTLER; KELLER, 2012).

O setor de serviços continua a ser alvo de pesquisas devido à sua relevância na economia mundial, além de ser responsável por uma rede de criação de empregos (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2008). À medida que os setores agrícolas e industriais de qualquer economia tendem a saturar ao longo das décadas, existe um movimento natural de inclinação ao setor de serviços, que o leva a local de destaque (ZAIM et al., 2015).

No Brasil, é possível perceber o impacto do setor de serviços na economia por meio de suas sucessivas altas em crescimento e recorde em crescimento acumulado (BRASIL, 2022). Esse setor se torna, de fato, uma fonte de energia econômica, impulsionando a criação de empresas e empregos, com salários que representam grande fatia da cifra brasileira, e com crescimento maior que os setores do comércio e indústria (SILVA; DE NEGRI; KUBOTA, 2006).

Observa-se que o setor de serviços vem mostrando uma diferenciação considerável quando comparado aos demais setores brasileiros (JACINTO; RIBEIRO, 2015). Além disso, ao contrário do histórico desse setor e do que o senso comum ilustra, essa esfera da economia se apresenta como uma área a qual também é gerada grande produtividade, tanto em termos absolutos quanto em sua evolução ao longo das últimas décadas (JACINTO; RIBEIRO, 2015; POCHMANN, 2020).

Portanto, compreende-se a mudança no cenário de conjuntos de atividades econômicas e a forte tendência à mudança de foco do industrialismo para a terciarização. Com isso, é possível entender a significância do setor de serviços, para aprofundamento em pesquisas acerca desse tema, mesmo que este tenha sido, historicamente, ignorado em favor dos setores primário e secundário (POCHMANN, 2020).

A forma como os serviços são caracterizados na esfera pública segue diretamente os conceitos de serviço de modo geral, variando no que tange aos atributos gerais da organização de uma sociedade. Com o desenvolvimento e crescimento do corpo social em geral, demandas latentes da sociedade foram surgindo em demasia, em que o poder público se mostrava compelido a atender. Com o tempo, essas várias prestações de serviços acabaram se incorporando às diversas atividades da Administração Pública, formando um conjunto de modalidades públicas atendidas pela governança estatal (NETO, 2014).

O termo “serviço público” tem suas origens observadas tempos antes de ser redigido em algum tipo de teoria geral, em um momento histórico de distinção entre público-privado, que se toma relevância no período absolutista, entre os séculos XVII e XVIII (MEDAUAR, 1992). Neste período, segundo Medauar (1992, p. 101), “[...] se esboçam dois princípios que depois iriam integrar a teoria do serviço público: a continuidade e a igualdade dos usuários ante o serviço.” Por meio de uma demanda social cada vez

mais exigente e centralizada, a provisão de serviços públicos obteve grande impulso social a partir da Revolução Industrial, com o Estado começando a agir em necessidades e utilidades de amplo interesse público societal, acelerando a formação da noção de serviços públicos hoje habitual (NETO, 2014).

Pode-se definir serviço público como sendo qualquer atividade cujo fornecimento seja disponibilizado aos usuários pela Administração Pública ou relativo, sob regime de direito público (PINTO, 2008). Nesse sentido, se caracteriza como toda atribuição, prestada pelo Estado ou por outros agentes, desde que sob regime de direito público, que vise o cumprimento carências coletivas essenciais ou de segunda ordem (FILHO, 2021). Neto (2014, p. 469) acentua de forma simples e estrita a representação dos serviços públicos, considerando-os funções “[...] voltadas à satisfação dos direitos fundamentais das pessoas [...]”.

Os serviços públicos se baseiam na incumbência do Poder Público, no que tange as concessões ou rescisões de contratos; encargos do poder concedente e do concessionário; fiscalizações; direitos e obrigações que os usuários possuem, a necessidade de um serviço provido de forma adequada e suas políticas tarifárias (BRASIL, 1988; BRASIL, 1995). Contemporaneamente, Filho (2021) traz quatro princípios básicos com os quais um serviço público não pode ocorrer sem: o princípio da generalidade; da continuidade; da eficiência e da modicidade.

O princípio da generalidade traz duas características centrais, sendo a primeira a da amplitude do alcance, na tentativa de atender o maior número de pessoas possível, e a segunda sendo a premissa da não discriminação quanto ao oferecimento dos serviços, tendo todos os usuários as mesmas condições de usufruírem deles. O princípio da continuidade relata acerca do aspecto ininterrupto o qual o serviço público possui. Segundo esse atributo, os serviços prestados pelo ente público devem ser contínuos, evitando qualquer tipo de crise que possa ocorrer relacionada à sua falta. O princípio da eficiência traduz a necessidade do órgão provedor de oferecer e prestar os serviços da forma mais eficiente possível, ou seja, executando-os com a maior qualidade possível e com o menor custo exequível. E, finalmente, o princípio da modicidade relata sobre a necessidade de os serviços públicos serem prestados a preços módicos, de baixo valor, não abrindo margens para os usuários serem lesados em relação ao custo de qualquer forma (FILHO, 2021).

A execução dos serviços que cabem ao Estado prover é de responsabilidade de seus órgãos e setores correspondentes, caracterizando a execução direta. Entretanto, é de interesse do próprio estado dividir, em diversas ocasiões, o cumprimento dessas obrigações com a sociedade e seus usuários. Essa estratégia não é incomum ou gerada com estranheza, considerando as crescentes demandas por serviços por parte dos cidadãos, e da própria limitação do Estado de conseguir suprir toda a população, mas sempre mantendo o interesse público e gestão pública em primeiro plano quando consideradas esses tipos de parcerias (FILHO, 2021).

Na década de 1990 houve grande popularização do desenvolvimento de parcerias público-privadas, em que o poder público transferia prestações de serviços e manutenção de infraestruturas específicas para as mãos de organizações do segundo setor (SARMENTO, 2016). Com esse movimento, o Estado encontra um auxiliador para garantir à população todos os seus direitos a serviços universais, mas mantém controle no que tange à gerência geral dos projetos, considerando que ele financia a parceria, regula e coordena todos os agentes envolvidos e garante a qualidade dos projetos (GOMIDE; PEREIRA, 2018).

### **2.1.2 O Terceiro Setor no auxílio à prestação de serviços públicos**

À medida que o Estado tenta se aproximar e se adaptar à modernidade, mostra-se necessário a busca de novos caminhos de gerenciamento de atividades, os quais irão garantir que o ente público está realmente qualificado para o atendimento às necessidades da população. Dentre esses novos caminhos, observa-se os regimes de parceria, interesse para este trabalho, considerando regimes de parceria entre o terceiro setor, ou seja, entidades privadas sem fins lucrativos, e entes públicos, na busca pela provisão de serviços públicos de qualidade (FILHO, 2021).

Por meio de diversos mecanismos legais existentes, se torna possível uma relação entre Administração Pública e meio privado, para a provisão de infraestruturas das mais variadas áreas. Os regimes de convênios administrativos, contratos de gestão, gestão por colaboração e parcerias voluntárias tornam a parceria público-privado exequível, unindo-se o primeiro e terceiro setores na gestão e execução, respectivamente, de serviços com foco em ensino, cultura, saúde, meio ambiente, dentre outros (FILHO, 2021).

O terceiro setor é algo complexo, sendo o ninho das diversas instituições sem fins lucrativos. Sobre essa complexidade, a expressão “sem fins lucrativos” possui certa responsabilidade nesse aspecto e, apesar de mostrar apenas o que esse setor e suas instituições não são, ajuda a demonstrar que, independente de suas especificidades, existe a compreensão de que elas possuem algo em comum. Essas entidades realizam algo muito diferente do que as organizações privadas ou a Administração Pública (DRUCKER, 2002).

Apesar de se caracterizarem e se constituírem a partir da esfera privada, sua diferença seria seus objetivos na busca pelo interesse público, em que premissas particulares seriam movimentadas através de uma sociedade civil a fim de atender anseios da população em geral (CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009). Suas funções não são nem controlar ou vender, mas sim incentivar e aplicar políticas que, junto com seus determinados objetivos, se tornam eficazes para uma comunidade (DRUCKER, 2002).

O modo como o terceiro setor foi construído no Brasil também é alvo de críticas, considerando ideias de que essa esfera apenas inclinou o governo a consentir ainda mais suas próprias falhas. Nesse sentido, permitiu-se ao Estado assumir sua inabilidade de não ser capaz de prover todos os serviços necessários aos cidadãos, transferindo-os para a própria sociedade civil (MONTAÑO, 2003). Concomitantemente, existe a concepção de que o terceiro setor foi concebido em consequência das mudanças econômicas neoliberais da década de 1990, sendo necessário para realizar ajustes em demandas da população que entraram em descaso ou apresentavam algum tipo de crise inerente (CABRAL, 2015).

Além disso, na teoria, o terceiro setor assume uma posição apolítica dentro da esfera econômica para a prestação de seus serviços, mas, na prática não é essa a situação encontrada. A partir do momento em que são desenvolvidos serviços cujo público-alvo é a população em geral, a geração de ideais e posicionamentos acerca de políticas públicas vigentes se torna automático, destacando ainda mais possíveis lacunas e omissões nos ofícios de responsabilidade da Administração Pública (CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009).

Entretanto não é prudente descartar as provas de que o Brasil, até mesmo em seus tempos como colônia, possuía instituições que se encaixariam perfeitamente dentro de um terceiro setor. Tao cedo quanto 1524 foi instalada a primeira organização sem

fins lucrativos da história brasileira: a Casa dos Meninos, uma instituição jesuíta encarregada de cuidar e educar de crianças órfãs advindas de Portugal (LANDIM, 1997). Logo, percebe-se que o movimento de criação de um setor com funções auxiliaadoras ao Estado iniciou séculos antes de qualquer diretriz socioeconômica.

À vista disso, é necessário o entendimento de que existe várias facetas para caracterizar e analisar esse complexo setor, principalmente levando em consideração todo o percurso caminhado para a formação dessa esfera. Tal fato é assinalado por Falconer (1999, p. 8), que faz menção às polarizações existentes quanto ao tema, sinalizando que:

Alguns veem no setor uma ameaça neoliberal de precarização de conquistas sociais, através da defesa do Estado mínimo; para outros, representa um importante avanço da sociedade, que pode tornar o Estado mais transparente, aberto e sintonizando com os anseios da população.

Portanto, é possível compreender como o terceiro setor possui uma individualidade multifacetada, que apresenta distintas áreas e ideais dentro de um único âmbito. Entretanto, também é evidente que esta polaridade se origina em uma lacuna do próprio papel do Estado, e da própria disposição das instituições do terceiro setor de preencherem esta ausência na provisão de serviços para a sociedade, em um ponto de carência estatal (CARDOSO; MUELLER; MATUSIAK, 2019), demonstrando ainda mais sua relevância na proposta de satisfazer as necessidades da população.

## 2.2 A QUALIDADE E SEU CONTEXTO GLOBAL

### 2.2.1 Histórico da Qualidade no espaço socioeconômico

No meio de produção e distribuição de bens e serviços, uma preocupação é sempre constante: a busca pela qualidade. As organizações necessitam manter tal premissa em destaque, uma vez que a qualidade não se configura mais como forma de diferenciação, mas sim como uma característica essencial de sobrevivência institucional (OLIVEIRA, 2020).

A definição do que qualidade significa se mostra, em muitas oportunidades, ambíguo, considerando que esse termo é de domínio público, ou seja, é utilizado para diversas áreas e com diversos propósitos diferentes. Isso significa dizer que, para uma caracterização fidedigna do que a qualidade e sua gestão significam, é necessário

abordar seu conceito da forma mais real e concreta possível, ou as consequências para uma organização podem ser severas (PALADINI, 2019). Além disso, saber utilizar os princípios de uma gestão de qualidade de forma direcionada e eficaz significa entender o que seus clientes desejam e poder atendê-los da melhor forma possível e com o melhor de produtos e serviços que se tem a oferecer (FRITSCH, 2000).

Juran (1998) traz duas perspectivas clássicas quanto à qualidade. A primeira se baseia na ideia de aversão ao erro, na tentativa de produzir algo que, ao final, não possua defeitos. Essa visão se torna relevante, considerando que, em muitos momentos, observa-se que mesmo com o uso de tecnologias de ponta, meios de comunicação robustos e desenvolvimento de processos de provisão complexos e dinamizados, o uso dessas práticas não se configura infalível, existindo ainda suscetibilidade à erros e resultados adversos aos esperados (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A segunda apresenta a ideia do conceito suportado pela satisfação do cliente, e que a provisão de maior qualidade envolve a provisão de uma maior satisfação do consumidor. Essa visão também é o foco da definição trazida em O'Neill, Sohal e Teng (2016) relacionando tal conceito com a percepção do utilizador, acerca do produto ou serviço, julgando-o utilizável ou não.

Nessa perspectiva, a qualidade pode ser definida como sendo um conjunto de atributos que tornam determinado produto ou serviço satisfatório, ao ponto de atender ou superar as expectativas do cliente (KOTLER; KELLER, 2012). Dentro desse âmbito, observa-se que a gestão da qualidade é um aglomerado de princípios e valores, ligados à melhora contínua visando seus consumidores finais (HELLSTEN; KLEFSJÖ, 2000).

A percepção da qualidade como tópico relevante não é algo atual. Fenícios, romanos, franceses no período anterior à revolução e, ainda mais antigo, no próprio código de Hamurabi, mais de 2000 anos a.C., já havia indícios e processos que levavam em consideração as percepções de qualidade, tanto por produtores como por consumidores, em questões como confiabilidade, funcionalidade, durabilidade e padrões de execução de processos de trabalho (OLIVEIRA, 2020).

Portanto, é possível observar o longo caminho traçado no qual os conceitos e ideais acerca da qualidade e sua consequente gestão evoluíram e se desenvolveram, chegando-se nas diversas teorias existentes atualmente. Oliveira (2020) disserta acerca dessa evolução, diretamente relacionada ao desenvolvimento da sociedade em termos socioeconômicos. O autor traz três grandes fases em que os estudos acerca da qualidade foram se aprofundando e sua prática se moldando: a fase da inspeção; a fase do controle estatístico e a fase da qualidade total.

A era da **inspeção**, segundo o autor, diz respeito ao período anterior à Revolução Industrial, em que a qualidade do produto produzido era inspecionada diretamente pelo artesão que o fez, sendo focado na busca por defeitos claros, mas sem qualquer processo preestabelecido para isso. A era do **controle estatístico** faz menção ao período posterior ao da Revolução Industrial, em que, com a alta demanda por produtos manufaturados, não era mais possível a inspeção manual do fabricante em cada um de seus produtos produzidos. Logo, a averiguação da qualidade seguia um processo estatístico amostral, em que itens eram catalogados em lotes e inspecionados, representando, assim, todo aquele grupo em conjunto (OLIVEIRA, 2020).

Nesse período, estudiosos e executivos da área, como Taylor, Fayol, Sloan e du Pont, estavam focados com a uniformidade dos processos, que, como consequência, criava certa uniformidade nos produtos fabricados em grande massa. Portanto, a qualidade dos itens não era garantida, mas sim averiguada a presença ou ausência de defeitos (MAXIMIANO, 2011).

Observa-se que, nessas duas primeiras eras de controle de qualidade, o foco era nos produtos em si. Entretanto, na terceira era da qualidade, chamada de **qualidade total**, esse ponto se tornou demanda de todos os setores da organização, formando, assim, uma gestão da qualidade sistêmica, baseado no controle e garantia da qualidade total do processo de produção e, por último, do produto em si (OLIVEIRA, 2020).

Após a década de 1950, foram acrescentadas essas perspectivas aos conceitos de qualidade por meio de estudos como os de Feigenbaum (1956), Deming (1982) e Ishikawa (1986), que auxiliaram a moldar o que a qualidade total representa, vigorando essas definições ainda atualmente. Nesse sentido, iniciou-se a descrever a necessidade do controle de qualidade ser coordenado e gerenciado por uma gestão

responsável, mas sendo, na prática, um compromisso de todos os colaboradores (MAXIMIANO, 2011).

### **2.2.2 A qualidade no setor de serviços**

É possível observar no processo de desenvolvimento socioeconômico mundial como o consumidor-alvo toma lugar de destaque, no que tange à satisfação de suas necessidades através da excelência de produtos e serviços (FRITSCH, 2000). Nessa perspectiva, exige-se das organizações estratégias mais eficientes, tornando as instituições mais competitivas e contribuindo para que elas ofereçam um serviço superior (SANTOS; SANTOS, 2018).

Dentro desse contexto, a prestação de serviços tem detido cada vez mais expressividade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, gerando, conseqüentemente, uma necessidade ainda mais acentuada de observar-se a qualidade desses serviços prestados (MIGUEL; SALOMI, 2004). Entretanto, como Cronin e Taylor (1992) relatam, apesar de a utilização de níveis mais altos de qualidade em serviços ser uma estratégia a ser seguida por organizações, a operacionalização desse conceito não pode ser realizada de forma simplória, sendo seu construto muitas vezes abstrato e difícil de ser avaliado precisamente.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) conceituam qualidade de serviços como sendo uma medida que envolve a qualidade percebida. Os autores descrevem esse termo como sendo relacionado, mas não necessariamente igual, à satisfação do consumidor, e que resulta da comparação entre expectativas do usuário do serviço com as percepções de *performance* reais obtidas. Nesse aspecto, mostra-se especialmente importante o entendimento do sentido da qualidade do serviço, considerando que uma compreensão assertiva nessa área traduz diretamente para um público-alvo contente e satisfeito, um dos focos principais de qualquer organização (MEIDUTĖ-KAVALIUSKIENĖ; ARANSKIS; LITVINENKO, 2014).

Na esfera dos serviços públicos, o panorama não é diferente. A qualidade é um critério observado pelos cidadãos e se mostra como um parâmetro de avaliação. É necessário que os gestores públicos compreendam que a qualidade percebida pela população acerca dos serviços públicos prestados é um atributo de suma importância, e que sua atenção a fatores como colaboradores bem treinados e capacitados, impessoalidade,

moralidade, publicidade e eficiência são fundamentais para a prática de serviços com excelência (NOVAES; LASSO; MAINARDES, 2015).

Com o cidadão sendo o consumidor final, ou seja, o cliente da administração pública, percebe-se a necessidade do ente público de buscar rotas de maior eficiência, eficácia e desenvolvimento dos serviços prestados à sociedade (BORBA; CEZAR; ZUCATTO, 2021). Ainda nesse sentido, o parecer e a avaliação do cidadão acerca dos serviços oferecidos são margem de *feedback* para os próprios agentes governamentais e gestores públicos, auxiliando na manutenção de uma estrutura de qualidade a qual o Estado é obrigado a proporcionar (SONG; AN; MEIER, 2020).

Diversos instrumentos e métodos de avaliação foram desenvolvidos ao longo das últimas décadas, especialmente a partir da década de 1980, com o objetivo de tentar mensurar a qualidade em serviços. Oliver (1980) trouxe um modelo baseado na satisfação do consumidor e suas causas e efeitos. Grönroos (1984) foi um dos precursores da qualidade de serviços especificamente, elaborando um modelo que leva em consideração atributos do serviço esperado, do serviço recebido, a imagem geral, qualidade técnica e qualidade funcional.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) desenvolveram um modelo de mensuração da qualidade, ligando expectativas e percepções do consumidor, especificações de qualidade da organização, forma de entrega do serviço e comunicação externa. Em seguida, ao final da década de 1980, os autores complementaram seus achados por meio da criação de um instrumento chamado SERVQUAL, que soma às perspectivas das dimensões da qualidade em serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Esses estudos serviram de guia, como sendo um modelo aceito na teoria e na prática, e que gerou estudos complementares (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1994). Além disso, essas pesquisas instigaram autores, que se debruçaram sobre esses tópicos para expandir os conceitos acerca desta temática (e.g. BROWN; SWARTZ, 1989; CRONIN; TAYLOR, 1992).

### **2.2.3 A qualidade no setor de serviços de atenção à saúde**

A promoção e a proteção da saúde são critérios essenciais para a manutenção das vidas dos indivíduos. É necessária uma atenção especial ao cuidado oferecido dentro dos sistemas de saúde e sua melhoria contínua, com foco em aprimorar as operações realizadas por profissionais, instituições e usuários, tentando prover, assim, o melhor cuidado possível com a vida humana (BRASIL, 2017).

O setor de atenção à saúde se mostra bastante complexo, com diversos fatores individuais, sociais e culturais impactando nas demandas por serviços específicos desse ramo (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). O planejamento dentro da gestão de sistemas de saúde, e a consequente administração de sua atuação, é de extrema relevância, considerando que seu desenvolvimento leva em consideração as necessidades reais da população (PEREIRA; TOMASI, 2016). Logo, nesta fase de mudanças sociais, fomentadas pela abrangência de conhecimento e afligida por despesas cada vez mais crescentes em relação à atenção à saúde, torna-se necessário o papel de destaque dos usuários e de suas necessidades de bem-estar findadas (FERREIRA; RAPOSO; PISCO, 2017).

A busca pela qualidade, em especial, é um fator de destaque nesse âmbito, justamente pela sua característica de atuação de um indivíduo para com outro (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). A própria complexidade dos ambientes os quais são prestados esses tipos de serviços, como hospitais e centrais de urgência e emergência, fazem com que aferições de níveis de qualidade, satisfação e confiabilidade sejam constantes e, acima disso, indispensáveis para que bons serviços de atenção sejam providos (BITTAR, 2004). Dentro desse aspecto ainda, é importante salientar que, apesar de profissionais e usuários estarem em lados opostos no espectro de prestação de serviços de saúde, suas percepções, objetivas ou subjetivas, são igualmente pertinentes para o desenvolvimento de métodos e ações que irão determinar os índices de qualidade dos serviços prestados (VOLPATO; MARTINS, 2017).

Na década de 1950 já se discutia a respeito do crescimento da visibilidade da qualidade em sistemas de saúde, em especial aos que prestavam serviços hospitalares. Razões como fins regulatórios de padrões de atendimento, fornecimento de licenças e acreditação de sistemas de saúde e a avaliação de programas e procedimentos específicos na evolução da atenção à saúde demonstram motivos

pelos quais programas de avaliação da qualidade se configuraram relevantes em ambientes desse tipo. Por meio dessa análise, observou-se também com os estudos acerca desta temática estavam focados na averiguação da qualidade em saúde como correção de erros e estabelecimento de padrões mínimos, com espaço para crescimento em áreas mais dinâmicas e complexas (SHEPS, 1955).

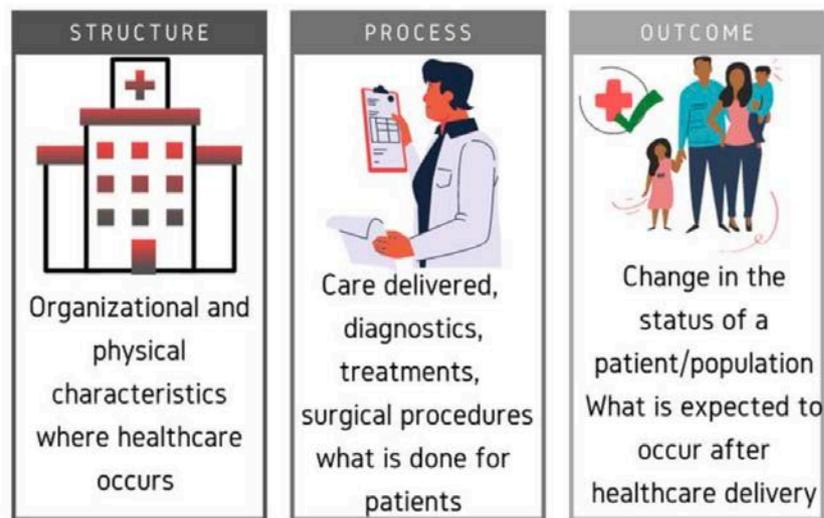
Donabedian (1966) foi um dos precursores do aprofundamento nesta temática, no que tange à qualidade da atenção à saúde e sua avaliação. Foi possível iniciar uma discussão acerca da avaliação da relação do usuário com seu profissional cuidador, e como essa ponderação gera impacto nos sistemas de saúde.

Nesse sentido, verifica-se a entrega à classe da saúde do gerenciamento das seções mais sensíveis e particulares de cada indivíduo e, por esse motivo, é exigido dessa classe o mais estrito profissionalismo e exatidão dentro de suas ações, evitando qualquer tipo de má conduta. Portanto, a mensuração da qualidade em serviços de saúde possui relação intrínseca com a verificação do nível de sucesso dos processos realizados no sistema estudado. Esse procedimento se configura no guia cujo papel principal é auxiliar a nivelar e assegurar os padrões acordados a serem seguidos pelos profissionais e organizações (DONABEDIAN, 1978).

Donabedian se debruçou sobre o estudo da qualidade na atenção à saúde sob diversos aspectos ao longo de sua jornada acadêmica. O autor avaliou e desenvolveu modelos para associação da qualidade da atenção, estado de saúde e despesas realizadas na área (DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWIANSKI, 1982) e realizou pesquisas comparando de que forma a qualidade da atenção pode ser afetada, constatando que aspectos técnicos relacionados aos profissionais e aos sistemas provedores dos serviços possuem impacto direto, mas também observando que disparidades socioeconômicas afetam tal relação (DONABEDIAN, 1985).

Seus estudos sobre a qualidade da atenção ao usuário obtiveram maior destaque ao relacionar essa temática com três áreas distintas, uma tríade que representariam pilares para suas análises: estrutura (*structure*), processo (*process*) e resultado (*outcome*) (DONABEDIAN, 1988). Esses pilares podem ser observados na figura 1:

Figura 1 – Tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade na atenção à saúde



Fonte: López-Hernández, 2020.

A qualidade da atenção pode ser classificada dentro desses três fatores distintos, cuja associação, ao final, gera um panorama geral da qualidade obtida em um sistema de saúde. A estrutura faz menção aos atributos de materiais e equipamentos e estrutura física disponíveis, recursos humanos para realização das atividades e estrutura organizacional administrativa à disposição. A área de processo engloba as atividades realizadas na procura da atenção pelo usuário e na provisão da atenção, diagnóstico e tratamento pelo profissional responsável. E a área do resultado denota os efeitos da atenção aplicada aos usuários e populações que a recebem (DONABEDIAN, 1988).

Essa relação se torna relevante porque, quando associadas, uma boa qualidade na área de estrutura auxilia a gerar boas práticas na área de processos, que, conseqüentemente, ampliam as possibilidades de um efeito positivo na área de resultados (DONABEDIAN, 1988). Logo, avalia-se a qualidade por meio da utilização de marcadores distintos, não únicos, orientando na avaliação e contribuindo para tomadas de decisões operacionais e gerenciais que impactarão no aprimoramento de sistemas de saúde (FERREIRA et al., 2021).

Dentro desta perspectiva, são relacionados sete atributos que caracterizam o cuidado recebido por um usuário através de um serviço de saúde. Esses atributos são: eficácia, por meio do qual um sistema oferece, em seu pico, o melhor para melhorar a saúde; efetividade, sendo o grau de possibilidade de realização de melhorias; eficiência, que prega o oferecimento do melhor serviço possível ao menor custo possível; otimalidade, com o melhor balanceamento de custos e benefícios;

aceitabilidade; condizendo com a adaptação do usuário aos serviços prestados, acesso, relação com profissionais, dentre outros; legitimidade, com a conformidade dos serviços aos padrões e preferências sociais; e equidade, na distribuição justa dos serviços de saúde à todos que precisam (DONABEDIAN, 1990).

Há alguns fatores que dificultam a implantação de programas de qualidade em setores voltados à saúde. Dentre eles estão a variabilidade da demanda de assistência; falta de padronização de indicadores de mercado para esse setor; concorrência não é necessariamente presente nessa esfera e a heterogeneidade dos profissionais que oferecem os serviços aos usuários, todas essas questões que complexificam a avaliação da qualidade nos atendimentos prestados (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Entretanto, julga-se imprescindível o uso de estratégias que remetam à avaliação na saúde, considerando que, por meio dessa prática, processos decisórios e de criação de políticas públicas são aprimorados, serviços e processos decisórios são aperfeiçoados e o planejamento de ações voltadas para o bem-estar do usuário seja desenvolvido (ARRUDA; BOSI, 2017). Além disso, a realização de avaliações da atenção à saúde por meio de métodos seguros e fidedignos auxiliam não apenas na melhoria dos serviços oferecidos, mas também na evidenciação de disfunções relacionadas à governança, investimento e desigualdades (MONTEIRO, 2020).

As ideias de Donabedian continuam sendo relevantes e reafirmadas no universo de qualidade de atenção à saúde. Estudos atuais corroboram com suas concepções e modelos, sejam por meio de pesquisas acerca da integração de novas tecnologias ao setor de serviços de saúde (e.g. MARTINEZ et al., 2018; TOSSAINT-SCHOENMAKERS et al., 2021), voltados para a avaliação e desenvolvimento da atenção primária (e.g. SILVA et al., 2019; BARRETO et al., 2020; LISTA et al., 2022) ou focados diretamente na qualidade ao usuário em ambientes de atendimento hospitalar (e.g. SANTRY et al., 2020; BINDER; TORRES; ELWELL, 2021).

## 2.3 SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE INDICADORES NA GESTÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

### 2.3.1 Os indicadores na gestão da qualidade organizacional

Com o papel da qualidade cimentado na literatura e na prática como imprescindível no oferecimento de produtos e serviços, torna-se necessário escolher os melhores métodos pelos quais serão avaliadas as características intrínsecas a esse conceito. Logo, observa-se que os processos de mensuração e avaliação necessitam de uma ferramenta objetiva, que possa ser um meio para alcançar resultados desejados (BÁO et al., 2019).

Um sistema de avaliação composto por indicadores necessita de base para que seja construído, com a definição dos bens e serviços a serem oferecidos e os resultados os quais se deseja alcançar ou se aproximar (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). É nesta perspectiva que os indicadores surgem como um mecanismo objetivo, cujo intuito é avaliar a qualidade e substancialidade de determinado bem ou serviço produzido ou prestado (PALADINI, 2019).

Pode-se definir indicador como uma dimensão, seja ela qualitativa ou quantitativa, provida de sentido específico, cujo objetivo é absorver dados e informações sobre um elemento particular a fim de caracterizar situações centrais em destaque. Nessa perspectiva, é um mecanismo que gera subsídios empíricos acerca do desenvolvimento das situações observadas, conseguindo ainda fazer distinção dentre as informações geradas, encaminhando os dados relevantes para tomadas de decisão em seus diferentes níveis de gestão (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

Logo, observa-se que a principal finalidade dos indicadores é mensurar informações, a fim de facilitar e operacionalizar sua observação e qualificação. Outras atribuições dos indicadores são: aferir resultados e administrar o desempenho; embasar processos de tomada de decisão; auxiliar no aperfeiçoamento contínuo de processos de trabalho; favorecer estratégias de planejamento e controle e viabilizar análises comparativas dentre organizações do mesmo meio ou área de atuação (BAHIA, 2021).

Indicadores surgem como ferramentas pelas quais se torna possível o alcance de metas, melhorias na qualidade ofertada, identificação de avanços e auxílio na correção de problemas (BRASIL, 2009). É necessário entender que os indicadores funcionam de forma a apresentar informações que sejam úteis para a organização e necessárias para que seus colaboradores possam desenvolver suas atividades da

melhor forma possível. Através disso, provém direcionamento, indicando possíveis ajustes necessários à uma melhor *performance*, sempre levando em consideração a busca por melhorias (BAHIA, 2021).

Os indicadores podem ser classificados em dois grandes grupos: indicadores de esforço (*driver*) e indicadores de resultado (*outcome*) (UCHOA, 2013). A Fundação Nacional da Qualidade (2018) descreve as especificidades dessas subdivisões na figura a seguir:

Figura 2 – Características dos indicadores de esforço (*driver*) e de resultado (*outcome*)

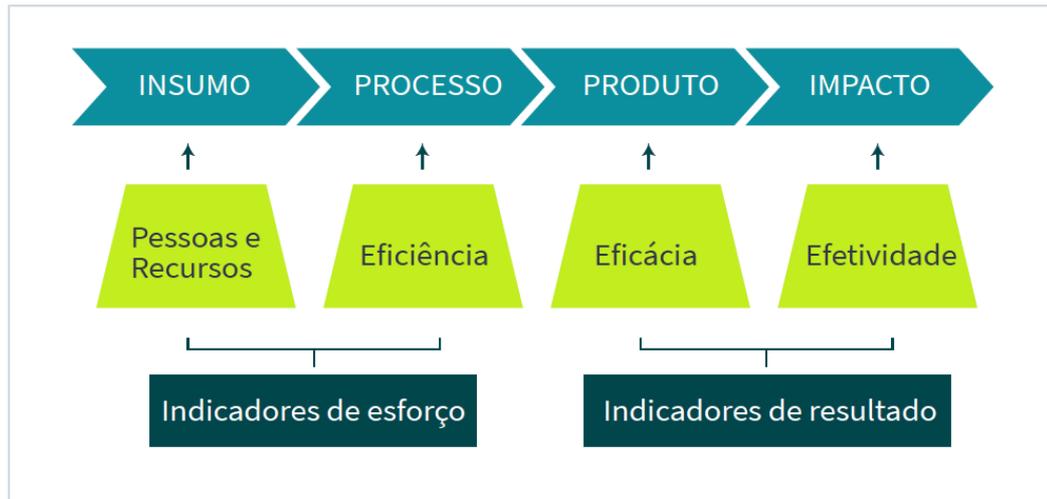
<p><b>OUTCOME</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mede efeito após um certo tempo;</li> <li>- Serve para verificar se os objetivos estão sendo atingidos;</li> <li>- A cada <i>outcome</i> deve ser adicionado um ou mais <i>drivers</i>.</li> </ul>
<p><b>DRIVER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mede a causa antes do efeito (<i>outcome</i>) acontecer;</li> <li>- Serve para verificar se os planos ligados aos fatores críticos de sucesso estão sendo cumpridos.</li> </ul>

Fonte: Fundação Nacional da Qualidade, 2018

Logo, observa-se os indicadores de esforço como um intermédio, complementando as informações para os indicadores de resultado. Um não é equivalente ao outro, mas os dois se complementam para melhor atuação em um sistema de desempenho (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2018).

Os indicadores de esforço e de resultado, ainda, podem ser classificados como sendo de insumo ou de processo e de produto ou de impacto, respectivamente, como identificado na figura a seguir:

Figura 3 – Indicadores de esforço e de resultado subdivididos



Fonte: Bahia, 2021

Indicadores de insumo relacionam-se com o financeiro e material, na busca pela dimensão do que é necessário para a produção. Os indicadores de processo, por sua vez, têm em sua finalidade a quantificação do desempenho dos processos de trabalho utilizados para produção dos bens ou serviços e sua relação de custo-benefício. Esses dois tipos de indicadores relacionam-se com os campos de pessoas e recursos e eficiência. Os indicadores de produto são medidores quantitativos de bens ou serviços produzidos, em como os processos de trabalho resultam quantitativamente nos *outputs*. Já os indicadores de impacto estão relacionados ao cumprimento dos objetivos gerais propostos, por meio da melhor produção com o menor dispêndio possível. Esses dois últimos indicadores estão relacionados diretamente com a eficácia e a efetividade, respectivamente (BAHIA, 2021).

Concomitantemente, destaca-se a exigência de documentação de qualquer indicador e suas características, qualitativas e quantitativas, para facilitar qualquer tipo de análise ou processo de adequação. Como Bahia (2021) destaca no quadro a seguir, quanto mais detalhado e minucioso for cada indicador documentado, maiores são suas chances de serem caracterizados corretamente:

Quadro 1 – Itens para documentação de um indicador, Vila Velha-ES/BRA, 2023

ELEMENTO	DETALHAMENTO
<b>Indicador</b>	Nomeia o indicador de forma sucinta e clara. Usualmente podem ser usados termos como: taxa, índice, percentual, coeficientes, dentre outros, a depender do tipo de indicador.
<b>Descrição</b>	Descreve de forma sucinta do objetivo do indicador.

<b>Meta</b>	Trata-se do número do indicador que representa o estado futuro de desempenho desejado. Todos os indicadores de desempenho devem ter metas, podendo ser definida mais de uma meta por indicador. As metas têm como objetivo serem suficientes para assegurar a efetiva implementação da estratégia.
<b>Periodicidade de apuração</b>	Define de quanto em quanto tempo há valor atualizado disponível para o indicador (ou para o conjunto de suas variáveis). Deve ter como base racional a frequência com que os dados são coletados.
<b>Prazo máximo para apuração</b>	Define, dentro do período de apuração, o tempo máximo para que o indicador seja apurado.
<b>Responsabilidade pela apuração</b>	Trata-se da unidade organizacional responsável pela apuração do indicador.
<b>Fonte(s) de dados</b>	Define a fonte de origem dos dados para o cálculo do indicador. Os dados podem ser fornecidos por diversas fontes, incluindo agências governamentais, instituições acadêmicas, bancos de dados governamentais e relatórios e questionários.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Descreve a fórmula matemática que representa o modo de calcular o indicador, a partir das suas variáveis.
<b>Como apurar o indicador</b>	Detalha o passo a passo da fórmula de cálculo do indicador.
<b>O que o indicador mostra</b>	Define precisamente para que propósitos ou fins determinados o indicador é utilizado. Ou seja, não se trata de uma repetição da descrição, mas sim uma explicação do que se quer alcançar com o uso desse indicador.
<b>O que pode causar um resultado aquém da meta</b>	Detalha o que pode causar um resultado abaixo do esperado em relação a meta do indicador.
<b>Qual o impacto de um resultado aquém da meta</b>	Descreve qual o impacto se a meta não for atingida.
<b>Polaridade</b>	Definir o sentido desejado de variação do indicador em termos do desempenho esperado. É dividido em “quanto maior melhor”, “quanto menor melhor” e “não se aplica”.
<b>Forma de Disponibilização do Indicador</b>	Descreve a forma de disponibilização do indicador ou dos dados necessários para calculá-lo (links de acesso ao indicador, comunicação administrativa, publicações, pesquisas, entre outros).
<b>Série Histórica</b>	Apresenta o histórico do indicador, com parâmetros de comparação ou registros de aprendizado quando couber.

Fonte: Bahia, 2023; modificado pelo autor.

Portanto, o uso de um sistema de indicadores de qualidade é uma estratégia benéfica no universo organizacional, mas apenas quando muito bem-organizada e catalogada, considerando todas as nuances que cada indicador requer e oferece. Com isso, mostra-se relevante uma contínua revisão de seus atributos, conforme a análise de

todas as equipes necessárias à sua construção, para melhor uso de suas potencialidades (BICALHO et al., 2021).

### **2.3.2 Os indicadores na gestão da qualidade da atenção à saúde**

Os indicadores tomaram lugar de destaque na área da saúde à medida que estratégias de avaliação em qualidade se tornaram indispensáveis neste setor. Em organizações de atenção à saúde, sempre houve uma cultura de dificuldades na mensuração da qualidade e desempenho dos serviços em razão da complexidade do sistema em si (FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA, 2019), que envolve atores multifacetados, metas distintas e muitas vezes conflitantes e relação de custo-qualidade que precisa existir em equilíbrio (PORTER, 2010).

Entretanto, observa-se que, ao decorrer dos anos e porventura de uma preocupação maior com o impacto de ações na saúde da população, a avaliação dos serviços de saúde oferecidos por instituições desta área tem sido preocupação contínua em órgãos de gestão mundiais e brasileiros, demonstrando a importância desse tipo de processo (BORGES; DOS SANTOS; DE ASSIS SIMÕES, 2020). Além disso, o fato das expectativas e percepções dos usuários serem incorporados às perspectivas de qualidade gerada por um serviço de saúde (ANDRADE et al., 2019) reforça o uso de um método de avaliação como o do sistema de indicadores de qualidade para medição e aferição dos processos de provisão dos serviços de uma instituição desta característica.

Muitos órgãos e instituições especializadas na área de avaliação em saúde, nacionais e internacionais, têm apontado e implementado sistemas baseados em indicadores para monitoramento da qualidade e do desempenho de diversos serviços de saúde oferecidos no Brasil e no mundo, considerando que esse tipo de esforço pode ser relevante para gestão de recursos, produção de resultados positivos no que tange às condições em saúde e à adequação dos profissionais e usuários aos serviços (FERREIRA et al., 2017).

O desempenho em um sistema de saúde possui relação intrínseca com os recursos necessários e efetivamente utilizados e como isso impacta, seja positivamente ou negativamente, nos resultados obtidos pela atenção provida (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017). Nesse sentido, considerando as complexidades de se lidar com

seres humanos e seus reveses, é de suma importância a averiguação e computação de dados substanciais e confiáveis, uma vez que esses serão de extrema valia para a construção, avaliação e manutenção de bons processos de trabalho (TORRES et al., 2021).

Isso torna-se imprescindível para um sistema de indicadores de qualidade, para uma manutenção precisa das peças centrais que irão ser destaque para tomadas de decisão pela gestão. A boa seleção dos critérios que irão compor a construção dos indicadores selecionados, bem como suas análises, é de extrema importância, considerando que muitos desses parâmetros são dependentes de uma boa seleção de dados, como de registros clínicos (MONTEIRO, 2020).

No escopo da saúde pública, um bom sistema de avaliação por meio de indicadores oferece benefícios bastante amplos. A heterogeneidade dos aspectos relacionados à atenção à saúde, como integralidade, acesso e os próprios atendimentos realizados caracterizam-se como complexos ao tentar-se unir tal diversificação nas avaliações dessa área (PINTO et al., 2017). Considerando esse panorama, equipes de saúde e gestores deve se atentar para análise de indicadores dentro de seus sistemas de saúde pública, tendo em mente que esse processo qualifica as ações realizadas neste setor e esse tipo de planejamento de avaliação e monitoramento tem local de destaque para municípios, estados e federação (PEREIRA; TOMASI, 2016).

O Ministério da Saúde desenvolve ações e políticas de avaliação e monitoramento nesta conjuntura, que oferecem subsídios reais e factíveis no auxílio à resolução de gargalos, como problemas de estrutura, escassez de recursos e dificuldade de provisão de insumos (VIANA et al., 2019). Logo, esse tipo de monitoramento por meio de indicadores concisos, precisos e bem subdivididos em suas áreas de atuação contribui para uma supervisão cujos resultados podem ser objeto de mudança de políticas de saúde, na busca por um impacto positivo nas vidas dos pacientes e do bem-estar da população (FERREIRA et al., 2017).

Portanto, observa-se a contribuição de um sistema baseado em indicadores de qualidade para a área de atenção à saúde, principalmente no que tange a dar sentido e base a decisões que, posteriormente, irão afetar no acolhimento recebido pelo usuário. Esse tipo de sistema, além de ser crucial para avaliações de custo-benefício e eficiência e eficácia (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017), traz uma racionalidade

para encarregados que, apesar de tomarem decisões em um ambiente orientado pela visão biológica e biomédica, atravessa esse espectro intersetorial, iluminando decisões que, outrora, seriam guiadas por fatores menos lógicos e plausíveis (MACHADO; SOUZA; NORO, 2018).

Um sistema de gestão da qualidade, que engloba a utilização de indicadores de forma geral, necessita de apoio para sua aplicação, considerando que sua implementação é árdua e propensa a falhas (CONTERATO; CASTRO; SALGADO, 2016). Nesse sentido, torna-se essencial o monitoramento desta implementação, para verificação da aderência das ações impostas para com as equipes envolvidas, observação dos níveis de resistência dos profissionais afetados diretamente pelas novas políticas de qualidade e realização de auditorias para nivelamento da consistência das ações desenvolvidas pelo sistema implantado (FELICIO; JUNIOR, 2007).

## 2.4 TRABALHOS CORRELATOS

Os trabalhos correlatos foram buscados por meio de uma revisão integrativa, detalhada no item 3.3.1. Para esta busca, foi tentado identificar artigos que contribuíram com a citação de algum tipo de indicador de qualidade para a área da atenção à saúde.

Após todo o processo de pesquisa, filtragem e extração de dados, foram incluídas 35 produções nesta revisão, e que podem ser consideradas como trabalhos correlatos.

O quadro 2 sumariza as produções levantadas, iniciando das mais recentes, destacando os principais indicadores de qualidade encontrados:

Quadro 2 – Trabalhos correlatos ao tema da pesquisa, Vila Velha-ES/BRA, 2023

Autor(es) / Ano	Objetivo(s)	Método	Resultados	Indicador de Qualidade Encontrado
Torres et al. (2021)	Apresentar a avaliação da aplicabilidade e potencialidade do uso de uma ferramenta de <i>Business Intelligence</i> no planejamento das ações de gestão da Atenção Primária em Saúde.	Estudo exploratório, de abordagem quantitativa	A ferramenta viabiliza uma maior organização e planejamento, facilitando a gestão da Clínica da Família, sobretudo no monitoramento dos indicadores e processos avaliativos.	Proporção de avaliação de saúde bucal para gestantes após pelo menos duas consultas de pré-natal.
Cantalino et al. (2021)	Analisar a satisfação de usuários em relação ao acesso, à infraestrutura e à qualidade dos serviços na Atenção Primária à Saúde no Brasil.	Estudo transversal	A proximidade do serviço, atenção à demanda espontânea, escuta e o respeito dos profissionais às singularidades do paciente, assim como a resolutividade dos serviços, sem necessidade de encaminhamentos para outros e a boa infraestrutura, estiveram relacionados com a satisfação dos usuários.	Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados
Castro e Knauth (2021)	Investigar se há associação entre o grau de orientação, segundo a percepção da pessoa, e a satisfação com a última consulta médica em um serviço de Atenção Primária à Saúde.	Estudo transversal	O médico de Atenção Primária à Saúde deve ser mais orientado à pessoa para que possa atingir, portanto, níveis mais altos de satisfação.	Nível de satisfação do usuário em relação à última consulta recebida.
Guerrero et al. (2020)	Analisar a qualidade da atenção em unidades básicas de saúde de Coari, Amazonas, Brasil	Estudo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo	O atendimento na recepção foi considerado bom, mas os usuários se mostraram insatisfeitos com a disponibilidade de medicamentos. Na avaliação da limpeza do ambiente, as porcentagens ficaram entre bom e regular, e a estrutura física dos estabelecimentos de saúde foi considerada boa.	Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados
Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020)	Avaliar a mudança percebida pelos adolescentes usuários de um serviço ambulatorial	Estudo transversal com amostragem por conveniência.	O resultado da avaliação global apontou o sentimento de melhora em 83% dos participantes; quanto à mudança percebida nos itens da escala	Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido

	especializado de saúde mental infanto-juvenil		relacionados à melhora, incluem-se: interesse em trabalhar (71,0%), convivência com a família (67,0%) e interesse pela vida (60,0%).	
Monteiro (2020)	Analisar o desempenho de das unidades de saúde de Portugal através luz de indicadores de processo contratualizados, à luz dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na saúde.	Estudo de caso instrumental	Os resultados demonstrados são discrepantes quando se comparam as Unidade de Saúde Familiar e as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e podem contribuir para o aprofundamento das desigualdades de acesso.	<p>Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado;</p> <p>Índice de acompanhamento adequado em saúde materna;</p> <p>Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planejamento familiar;</p> <p>Índice de acompanhamento adequado na área do planeamento familiar nas mulheres em idade fértil;</p> <p>Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida;</p> <p>Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida;</p> <p>Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida;</p> <p>Proporção de crianças com 2 anos de vida, com</p>

				acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida;  Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado;  Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial;  Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado;  Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus.
Bonilla e Wollmann (2020)	Analisar os indicadores de acesso da unidade de saúde Sesc, antes e após a implantação do acesso avançado. Como objetivo secundário, foram analisados os indicadores de desempenho da unidade de saúde Sesc, antes e após o acesso avançado.	Estudo transversal descritivo	Número de atendimentos médicos aumentou e absenteísmo diminuiu. Houve maior controle de pacientes com doenças crônicas, assim como o aumento do atendimento desses usuários; houve também uma diminuição de quase 10% de atendimentos a pacientes vinculados à US nos serviços de atenção secundária de referência.	Número de consultas realizadas pela equipe médica;  Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem;  Número de pessoas diferentes atendidas;  Taxa de absenteísmo nas consultas;  Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos;

				<p>Número de consultas de pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma);</p> <p>Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA&lt;140/90mmHg);</p> <p>Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c&lt;8,0%);</p> <p>Número de atendimentos e internações por condições sensíveis à atenção primária.</p>
Garcia et al. (2020)	Analisar a satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa	A análise da satisfação evidenciou que os idosos octogenários estão satisfeitos quanto à atenção e ao interesse que os agentes comunitários dispõem a eles e a disponibilidade do Enfermeiro para lhes tratar. Os aspectos relacionados ao tempo de espera pelo atendimento dos Enfermeiros e Médicos, instalações para deficientes e percepção de que a unidade está próxima de uma unidade de saúde perfeita	Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados
Castro et al (2020)	Analisar a associação entre a qualidade da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros e o número de internações por condições sensíveis à atenção primária.	Estudo ecológico, com análise de dados secundários de abrangência nacional.	Os resultados mostraram que a qualidade da atenção primária à saúde do país teve impacto na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, mesmo em contextos de vulnerabilidade social.	<p>Número de internações por condições sensíveis à atenção primária;</p> <p>Coefficiente de internações por condições sensíveis à atenção primária;</p>

				Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária.
Ferreira, Salgado Junior e Costa (2019)	Identificar informações a serem utilizadas para analisar o desempenho do acesso à atenção secundária à saúde.	Foram analisados os acessos à especialidade de cirurgia digestiva do Hospital Estadual de Ribeirão Preto e do Hospital Estadual de Américo Brasiliense.	Informações podem ser úteis para caracterizar os processos, compará-los e auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria, tornando-os mais transparentes aos envolvidos. O acesso eficiente permite o uso racional de recursos e a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços, uma vez que possibilita redução de desperdício, ociosidade e tempo de espera.	Tempo médio até triagem do usuário; Quantidade de consultas agendadas por município por 1.000 habitantes; Proporção de cirurgias indicadas logo após a primeira consulta; Proporção de Pedidos de Interconsultas em relação ao número total de consultas agendadas.
Morimoto e Costa (2019)	Analisar os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária e seu impacto nas despesas de saúde.	Estudo ecológico	Os gastos com esse indicador aumentaram 16,30% e os gastos totais com internações diminuíram 3,54%.	Internações por condições sensíveis à atenção primária
Moreno et al (2019)	Comparar a satisfação dos usuários que realizam tratamento fisioterapêutico ambulatorial em clínicas públicas, em clínicas privadas de convênio e em clínica-escola.	Estudo de avaliação com pacientes do serviço em questão	Na comparação entre os serviços, a clínica-escola apresentou maior satisfação que a clínica pública em equipe de apoio, conveniência e ambiente físico, e a clínica privada em relação terapeuta paciente e satisfação geral. A clínica privada foi mais bem avaliada que a clínica pública em conveniência e ambiente físico. A análise de correlação entre a satisfação geral e cada um dos domínios mostrou valores de bom a moderado para relação terapeuta-paciente, e os menores valores para o domínio conveniência.	Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços (de fisioterapia) prestados

<p>Gonçalves et al. (2019)</p>	<p>Avaliar o desempenho da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e residência Multiprofissional em Saúde da Família da Atenção Básica pelo monitoramento dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</p>	<p>Estudo transversal com análise da série histórica de dados secundários</p>	<p>O estudo evidenciou predominância de avaliação positiva das equipes avaliadas acerca dos indicadores da saúde da mulher, criança, produção geral e avaliação externa, porém alcançou baixo desempenho no indicador de doenças crônicas.</p>	<p>Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;</p> <p>Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre;</p> <p>Proporção de gestantes com pré-natal em dia;</p> <p>Proporção de gestantes com vacina em dia;</p> <p>Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais;</p> <p>Média de consultas puericultura/criança;</p> <p>Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;</p> <p>Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;</p> <p>Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;</p> <p>Média de consultas médicas para menores de um ano;</p>
--------------------------------	--	---	--	---

				<p>Média de consultas médicas para menores de cinco anos;</p> <p>Média de atendimentos por diabético;</p> <p>Média de atendimentos por hipertenso;</p> <p>Média de consultas médicas por habitante;</p> <p>% consultas médicas por cuidado continuado/programado;</p> <p>% consultas médicas de demanda agendada;</p> <p>% consultas médicas de demanda imediata;</p> <p>Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados.</p>
Viana et al. (2019)	Avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, Brasil, 2014.	Estudo ecológico de avaliação	O padrão de qualidade dos municípios para a dimensão 'Estrutura' foi melhor pontuado que para a dimensão 'Processo de trabalho'; identificaram-se correlações entre os indicadores de urgência odontológica, cobertura de escovação dental supervisionada e tratamentos concluídos, nos estratos de qualidade relacionados ao processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal.	<p>Proporção de cobertura de primeira consulta odontológica programática;</p> <p>Número de atendimentos de urgências odontológicas por habitante;</p> <p>Média anual de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada;</p>

				Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas.
Ramos e Seta (2019)	<p>Analisar o desempenho da atenção primária nas capitais da Região Sudeste que terceirizam a prestação e a gestão da saúde na atenção primária à saúde.</p>	Estudo exploratório e descritivo	<p>Na evolução do desempenho houve melhoria em indicadores como mortalidade infantil e internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em todas as capitais.</p>	<p>Proporção internação por condições sensíveis à atenção básica;</p> <p>Média de escovação dental supervisionada;</p> <p>Razão de exame citopatológico do colo do útero;</p> <p>Proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos;</p> <p>Número de óbitos maternos;</p> <p>Casos de sífilis congênita;</p> <p>Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas;</p> <p>Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar;</p> <p>Óbitos por dengue.</p>
Andrade et al. (2019)	Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo o	Estudo exploratório, descritivo, com	O sistema de avaliação exibiu excelente confiabilidade e consistência interna das subescalas expectativas e percepções	Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados

	nível de satisfação dos usuários idosos.	abordagem quantitativa		
Silva Junior et al. (2018)	Analisar a satisfação dos usuários e a caracterização dos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde	Estudo transversal analítico	Os usuários apresentaram-se satisfeitos com os serviços, com um percentual que variou de 79 a 90%, de acordo com as regiões de saúde. Os homens e as pessoas com mais de 60 anos avaliaram mais positivamente os serviços; a alta complexidade e os serviços da capital tiveram melhores resultados ( $p \leq 0,001$ ), assim como as unidades privadas.	Nível de satisfação/avaliação do usuário idoso acerca dos serviços prestados
Sousa e Silva (2018)	Realizar uma revisão da literatura, no período de 2008 a 2015, a respeito desse indicador, enfatizando, principalmente, suas limitações na avaliação da efetividade da atenção primária em no país	Estudo de revisão de literatura	Os autores levantados foram unânimes quanto à validade do uso das taxas de internações sensíveis à atenção primária como forma de avaliação do acesso e da qualidade da atenção primária no Brasil. Todavia, eles apontam limitações sobre a sua utilização, uma vez que fatores não necessariamente relacionados à atenção primária foram capazes de interferir nas taxas encontradas.	Internações por condições sensíveis à atenção primária
Carneiro et al. (2018)	Avaliar o desempenho da Estratégia Saúde da Família após implementação do Programa Mais Médicos no território do Marajó-PA-Brasil	Foi utilizada série histórica de quatro indicadores de cuidados primários no período de 2011-2015, utilizando-se métodos de regressão para análise de tendência temporal	Os resultados sinalizam melhoria da atenção primária, a partir dos indicadores selecionados, impulsionando a Estratégia Saúde na Família na região estudada.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária;  Proporção de nascidos vivos de mães por consulta de pré-natal (considerando sete ou mais consultas de pré-natal, 4 a 6 consultas de pré-natal e sem nenhuma consulta de pré-natal);  Taxas de internação por condição sensível à atenção primária;  Taxa de mortalidade infantil.

Pereira et al. (2018)	Avaliar o Programa de Atenção à Saúde da Criança de duas Unidades Saúde da Família de Colombo-PR, com base no Protocolo Municipal de Saúde da Criança: Nascer Colombo.	Estudo de caráter descritivo e analítico exploratório.	Alguns valores encontrados estavam abaixo do esperado. Para melhorar o programa haverá a necessidade de que as equipes trabalhem em conformidade com o Protocolo	<p>Proporção de crianças entre 0 e 72 meses acompanhadas;</p> <p>Proporção de crianças com monitoramento de crescimento adequado;</p> <p>Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento adequado;</p> <p>Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade;</p> <p>Proporção de crianças com suplementação de ferro;</p> <p>Proporção de crianças com a primeira consulta odontológica com tratamento concluído;</p> <p>Proporção de crianças com registro adequado;</p> <p>Proporção de crianças acompanhadas com avaliação de risco.</p>
Machado, Souza e Noro (2018)	Construir indicadores que pudessem orientar a avaliação das ações de vigilância à saúde bucal da atenção básica em nível local, sobretudo no ciclo da adolescência	Análise documental para guiar a elaboração de um modelo lógico e seleção de dados para compor indicadores.	Após análise individual e discussões em grupo, o modelo lógico e 36 dos 48 dados inicialmente propostos foram consensualmente importantes, resultando em 26 indicadores. A matriz de indicadores pretende constituir-se em ferramenta de diagnóstico situacional para avaliar, planejar e gerenciar ações em saúde	<p>Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da Atenção Básica;</p> <p>Proporção de adolescentes residentes na área adstrita</p>

			<p>voltadas aos adolescentes, mas que com adaptação poderá englobar outros ciclos de vida.</p>	<p>atendidos pela Equipe de Saúde Bucal;</p> <p>Proporção de adolescentes atendidos pela Equipe de Saúde Bucal;</p> <p>Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes;</p> <p>Proporção de adolescentes atendidos pelas Equipe de Saúde Bucal no universo das demandas;</p> <p>Proporção de visitas domiciliares da Equipe de Saúde Bucal voltadas ao adolescente;</p> <p>Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático;</p> <p>Proporção de adolescentes satisfeitos com o atendimento da ESB;</p> <p>Validação do Oral Impacts on Daily Performances;</p> <p>Cobertura de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal;</p>
--	--	--	--	---

				<p>Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos;</p> <p>Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos;</p> <p>Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes;</p> <p>Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional;</p> <p>Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes;</p> <p>Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes;</p> <p>Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes;</p> <p>Proporção de biópsias realizadas em adolescentes;</p>
--	--	--	--	---

				<p>Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes;</p> <p>Proporção de exodontias realizadas em adolescentes;</p> <p>Proporção de raspagens realizadas em adolescentes;</p> <p>Proporção de casos de traumatismos em adolescentes;</p> <p>Proporção de consultas de urgências em adolescentes;</p> <p>Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional;</p> <p>Proporção de reuniões de planejamento de caráter multiprofissional;</p> <p>Proporção de reuniões com usuários para captar problemas e orientar planejamento.</p>
Grimm et al (2018)	Relatar a institucionalização do monitoramento de indicadores sobre o desempenho da atenção primária à saúde em uma grande metrópole das Américas, com 7 milhões de usuários no sistema público de saúde.	Desenvolvimento de Painel de Gestão da Atenção Básica, fornecendo um conjunto de indicadores selecionados sobre o comportamento desse	A robustez da série histórica dos dados e o envolvimento dos implementadores dessa iniciativa fortaleceram a confiança das equipes na utilização das informações geradas. A metodologia de monitoramento captou mudanças no período em análise, orientando os envolvidos quanto às diferenças entre regiões intramunicipais. O monitoramento é prática que possibilita a	<p>Número de consultas médicas realizadas;</p> <p>Número de primeiras consultas odontológicas realizadas;</p> <p>Número de consultas de enfermeiro realizadas;</p>

		nível de atenção ao longo do tempo.	utilização ágil e oportuna de dados secundários, fundamental para o enfrentamento dos problemas evidenciados.	<p>Internações por condições sensíveis à atenção básica;</p> <p>Número de consultas ofertadas;</p> <p>Número de consultas agendadas;</p> <p>Tempo médio de espera;</p> <p>Nível de absenteísmo;</p> <p>7 ou mais consultas de pré-natal realizadas entre nascidos em hospitais do Sistema Único de Saúde;</p> <p>Número de solicitações de consultas médicas especializadas.</p>
Araújo e Machado (2018)	Descrever a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do município de Santa Cruz em comparação com Natal e o Rio Grande do Norte.	Estudo ecológico	Com relação ao indicador cobertura de equipes de saúde bucal, Santa Cruz ultrapassou os resultados do Estado do Rio Grande do Norte mostrando alta cobertura para a população. Já os indicadores médios de escovação dental supervisionada e porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos mostraram resultados insatisfatórios.	<p>Média de escovação dental supervisionada;</p> <p>Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos.</p>
Oliveira, Oliveira e Caldeira (2017)	Analisar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nas regiões de saúde de Minas Gerais, no período de 1999 a 2007	Desenvolveu-se estudo ecológico, com análise de correlação entre as taxas de internações e a cobertura da Estratégia Saúde da Família.	Os resultados indicaram que, no período avaliado, as taxas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária passaram de 244,19 para 143,5/10.000 habitantes, uma redução de 41,2% ao longo dos anos.	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

<p>Miclos, Calvo e Colussi (2017)</p>	<p>Avaliar o desempenho da atenção básica dos municípios brasileiros quanto a ações e resultados em saúde.</p>	<p>Pesquisa avaliativa, transversal, com abordagem quantitativa</p>	<p>Os municípios foram analisados por porte populacional e verificou-se que para ambos os modelos, os municípios de pequeno porte apresentaram alto percentual de ineficiência.</p>	<p>Número de visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeiro;</p> <p>Número de consultas de atendimento pré-natal realizado por médico ou enfermeiro;</p> <p>Número de consultas ou atendimentos individuais realizados por enfermeiro;</p> <p>Número da 3ª dose aplicada de vacinas tetra e pentavalente;</p> <p>Percentual de nascidos vivos com peso normal ao nascer;</p> <p>Percentual de internação por causas não sensíveis à atenção primária.</p>
<p>Protasio et al. (2017)</p>	<p>Identificar os principais fatores que influenciam na Satisfação do Usuário com os serviços de Atenção Básica por regiões do Brasil</p>	<p>Utilizando dados secundários do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, desenvolveu-se modelos de regressão logística por região tendo como variável dependente a satisfação do usuário (obtida por análise de agrupamento).</p>	<p>Pode-se destacar que o usuário resolver seus problemas na Unidade de Saúde e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, referente à sua satisfação. Porém, podem-se destacar outros fatores por região: o horário de funcionamento (Nordeste); profissionais perguntarem pelos familiares (Norte); interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde (Centro-Oeste); ser escutado sem ter hora marcada (Sul); e retirar suas dúvidas após a consulta (Sudeste).</p>	<p>Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados</p>

Arruda e Bosi (2017)	Explorar e compreender a (in)satisfação de usuários da Atenção Básica com a qualidade da referida atenção, relacionada às dimensões integralidade e humanização, demarcando como espaço de investigação o Município de Fortaleza/CE, localizado na região Nordeste do Brasil.	Estudo qualitativo envolvendo 43 usuários de unidades de saúde distribuídas pelo município	Os resultados evidenciam a satisfação referente à expansão da cobertura, melhorando o acesso, ainda que persistam desafios. Contudo, os usuários demonstraram: insatisfação no tocante à falta de especialistas; barreiras de acesso a especialidades, e pouca integração entre serviços.	Nível de satisfação do usuário com os serviços prestados
Soranz, Pinto e Camacho (2017)	Avaliar a tendência de indicadores selecionados do “ <i>pay-for-performance</i> ” que mensuram o processo de cuidado em saúde na APS da cidade.	Estudo de painéis repetidos	Este estudo demonstrou que a descentralização da gestão para níveis mais próximos do usuário é potencialmente exitosa para o registro de dados clínicos, caso seja realizado um adequado monitoramento dos indicadores, auditorias clínicas frequentes e realizado periodicamente um “ <i>feedback</i> ” aos profissionais de saúde com os dados e indicadores acompanhados.	<p>Proporção de consultas pelo próprio médico de família;</p> <p>Proporção de demanda espontânea em relação à programada;</p> <p>Taxa de itens da carteira de serviços implementados;</p> <p>Proporção de diabéticos com pelo menos 2 consultas registradas nos últimos 12 meses;</p> <p>Proporção de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses;</p> <p>Custo médio de medicamentos prescritos por usuário;</p> <p>Encaminhamentos de pacientes da atenção primária à saúde para outros níveis do sistema de saúde.</p>

Pinto et al. (2017)	Avaliar a extensão dos atributos da atenção primária à saúde, desde a experiência dos usuários, tanto adultos quanto cuidadores de crianças, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário 2.1	Estudo transversal	O fato de a Rocinha possuir melhor desempenho e grande cobertura populacional pode ser explicado pela consolidação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.	Avaliação geral da última consulta (pelo usuário);  Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico da família.
Morimoto e Costa (2017)	Analisar a tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária, relacionando-a com os gastos em saúde e com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, no município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2012	Estudo ecológico de tendência de série temporal.	Os resultados encontrados apontaram que, apesar dos incrementos nos investimentos financeiros e na cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, ambos não alcançaram níveis para garantir cuidados de saúde adequados à população.	Internações por condições sensíveis à atenção primária
Monteiro et al. (2017)	Analisar a evolução de um conjunto de nove indicadores de contratualização de cuidados de saúde primários de três Agrupamentos de Centros de Saúde, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.	Análise longitudinal	A fixação de metas, em sede de contratualização externa e a sua monitorização e acompanhamento são decisivos para que os profissionais de saúde definam trajetórias e objetivos de desempenho.	Taxa de utilização de consultas médicas;  Taxa de consultas médicas de planeamento familiar;  Proporção de recém-nascidos com consulta médica até os 28 dias de vida;  Porcentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de câncer de colorretal efetuado;  Porcentagem de mulheres entre os 25-64 anos com coleta citopatológica atualizada (uma em 3 anos);

				Porcentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos.
Ferreira, Raposo e Pisco (2017)	Determinar o grau de satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados nas 125 Unidades de Saúde Familiares e em algumas das 127 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da Região de Lisboa e Vale do Tejo.	Estudo observacional, descritivo e transversal.	Verificou-se um valor médio global de satisfação de 77,4%, superior em relação aos cuidados e à atenção prestados pelos profissionais.	Grau/nível de satisfação dos usuários com os cuidados prestados
Gomide et al. (2017)	Identificar semelhanças e diferenças da satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde nas dimensões de acesso e acolhimento a partir dos atendimentos não urgentes no Pronto Atendimento (PA) de Ribeirão Preto-SP com os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Estudo quantitativo realizado nas unidades de PA dos cinco Distritos de Saúde do município.	Os resultados convergem com os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que sinalizaram baixo desempenho para o acolhimento à demanda espontânea. Porém, a boa avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no quesito agendamento de consultas divergiu com os resultados deste estudo em que foi constante a queixa pela demora no agendamento de consultas.	Grau/nível de satisfação dos usuários com a atenção/serviços recebidos
Bordin et al (2017)	Confrontar a visão de usuários e de profissionais da saúde acerca da satisfação com o serviço público odontológico.	Realizou-se entrevista com usuários, profissionais considerados diretamente e indiretamente envolvidos com a saúde bucal.	Os profissionais da equipe de saúde bucal demonstraram alto grau de similaridade com a satisfação exposta pelos usuários, ainda que positivamente ampliado, e os outros profissionais expuseram opiniões discrepantes, de forma mais crítica em relação aos usuários.	Nível de satisfação dos usuários acerca de serviços odontológicos prestados.

Ferreira et al (2017)	Apresentar a síntese dos indicadores de qualidade relacionados a resultados, com foco nas condições de saúde na atenção primária, presentes na literatura internacional e, a partir destes, descrever as intervenções ou estratégias utilizadas no Brasil para alcançar melhores resultados em saúde nos últimos anos.	Estudo de revisão integrativa dividido em duas etapas.	Compilou-se 18 domínios de indicadores de qualidade para atenção primária. Destes, 4 foram selecionados para a etapa posterior: diabetes mellitus, hipertensão arterial, imunização e/ou vacinação, e tabagismo e/ou alcoolismo. As intervenções ou estratégias estudadas foram, em sua maioria, direcionadas para promoção da saúde e prevenção de agravos, e mostraram resultados positivos de forma geral, utilizando educação em saúde, orientação farmacêutica e nutricional, recursos tecnológicos, entre outros.	Hospitalização por condições sensíveis à atenção ambulatorial
-----------------------	--	--	---	---

Fonte: próprio autor, 2023.

### 3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico de pesquisa aplicada para proposição de um processo de gestão apoiado em indicadores de qualidade, construídos e avaliados para implementação em uma instituição filantrópica voltada para serviços de atenção à saúde, de abordagem quanti-qualitativa.

Uma metodologia de pesquisa aplicada é utilizada quando um conjunto de funções é utilizado para a coleta, produção e análise de resultados que gerarão impactos práticos e palpáveis em determinado meio. Sua relevância se baseia no fato de uma pesquisa sobre problemas factíveis reais, seja em uma instituição, comunidade ou grupo qualquer, poder trilhar para o desenvolvimento de novos princípios científicos (FLEURY; WERLANG, 2017).

Esta pesquisa tem caráter exploratório, que permite ao pesquisador se debruçar sobre temas e subjetividades ainda pouco exploradas nos contextos delimitados, auxiliando no desenvolvimento de novas percepções acerca da temática pesquisada, podendo ser utilizada para ampliação da familiaridade do pesquisador sobre o tema, desenvolvimento de hipóteses ou modificação e clarificação de conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2021).

Esta pesquisa também se caracteriza como descritiva, em que há o foco na formação e organização de relações dentre variáveis e na descrição de aspectos de determinado fenômeno, experiências ou populações, auxiliando a ampliar perspectivas acerca de uma realidade pré-estabelecida. Torna-se importante salientar que a combinação das pesquisas exploratória e descritiva é de uso comum para as ciências aplicadas, especialmente pelo seu caráter de aplicação prática (GIL, 2019).

Além disso, trata-se de uma pesquisa de campo, considerando que se propõe a levantar dados no próprio ambiente em que a pesquisa ocorrerá, ou seja, onde ocorrem os fenômenos a serem estudados. Esse tipo de pesquisa se propõe a coletar dados e os analisar à luz de uma determinada temática, a fim de levantar informações e conhecimentos acerca de problemas os quais são buscadas soluções (MARCONI; LAKATOS, 2022).

### 3.2 OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo é uma instituição filantrópica situada no município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo, que oferece serviços gratuitos de saúde, educação e assistência social para famílias em risco socioeconômico. A instituição iniciou seus trabalhos no ano de 2009, sendo um projeto realizado em conjunto com a Universidade Federal do Espírito Santo.

No ano de 2013, a instituição se tornou totalmente independente da universidade, se formando como uma Fundação sem fins lucrativos de direito privado. A partir de então, foram firmadas diversas parcerias com a Prefeitura do Município de Vila Velha e o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de acordos de cooperação técnica, o que permitiu a integração da instituição ao SUS municipal e estadual. A organização recebeu títulos de Utilidade Pública Municipal em 2016 e Utilidade Pública Estadual em 2017, confirmada em 2019. E, ainda no ano de 2019, a instituição recebeu o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS Saúde).

A organização possui hoje presença em conselhos e órgãos municipais. Possui assentos no Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha, Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Vila Velha (COMCAVV), Conselho Municipal de Assistência Social de Vila Velha (COMASVV) e presença no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do município de Vila Velha (COMDDIPI).

O município de Vila Velha, até a última pesquisa do IBGE, no ano de 2021, contava com 508.655 habitantes, sendo a região subdividida entre cinco regiões principais. Nesse sentido, a abrangência da instituição é para com todos os munícipes, mas com foco especial na Região V da cidade, que engloba 21 bairros cuja vulnerabilidade socioeconômica se mostra de grande relevância na Grande Vitória, contabilizando mais de 100.000 habitantes. Os atendimentos providos aos usuários se caracterizam como ambulatoriais, de caráter básico e especializado, com a realização de consultas e procedimentos de baixa complexidade.

Em seu quadro de pessoas existe, até dezembro de 2022, 40 funcionários e cerca de 50 voluntários e estagiários; destes, aproximadamente 60 atuam diretamente na

provisão de serviços aos usuários. Até esse mesmo período, são oferecidos serviços nas mais variadas especialidades médicas, incluindo clínica geral, medicina de família, pediatria, ginecologia e ortopedia. Na área da odontologia, são realizados consultas e procedimentos nas áreas de clínica geral, cirurgia, endodontia, prótese e odontopediatria. Também são ofertadas consultas e atendimentos nas áreas de enfermagem, nutrição e fisioterapia, além da instituição prover tratamentos contínuos nas áreas de psicologia, fonoaudiologia e educação física. São ministradas palestras e ações educativas, assim como atendimentos e aconselhamentos em grupo dentre diversas temáticas de prevenção à saúde física e mental. São também oferecidos atendimentos na área de serviço social e realizados projetos envolvendo educação e fortalecimento de vínculos familiares para crianças e adolescentes.

A média mensal de atendimentos até dezembro de 2022 eram de: 600 consultas médicas; 500 consultas de enfermagem e 450 atendimentos odontológicos. Na odontologia, esses atendimentos geram 1600 procedimentos. Além disso, os serviços de nutrição, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia realizam cerca de 140, 300, 300 e 70 atendimentos mensais, respectivamente. Quando consideradas todas as áreas e especialidades ofertadas pela instituição, somam-se cerca de 3000 consultas, atividades e grupos realizados mensalmente.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a organização é caracterizada como Centro de Saúde/Unidade Básica. A organização trabalha com o oferecimento de serviços 100% SUS aos usuários. Nenhum dos atendimentos e procedimentos realizados são cobrados ao paciente, sendo totalmente gratuitos à população. Em relação à sua estrutura e suporte financeiro, a instituição possui mantenedora, a qual fornece mais de 80% de seu orçamento anual. Os outros 20% são levantados por meio de captação de recursos, com editais de empresas privadas, editais públicos e doações em geral.

A instituição hoje não conta com escritório de qualidade e não possui equipe responsável pela avaliação da qualidade nos serviços ofertados ou em suas características inerentes. Considerando que seu ciclo de vida atualmente se encaixa em fases iniciais, entre seu nascimento e crescimento, em que a instituição é relativamente pequena, com pouca formalização, de estrutura simples e centralização de decisões (MILLER; FRIESEN, 1984), observa-se a crescente preocupação

organizacional em iniciar estruturações acerca de aspectos que impactem na provisão dos serviços, o que se justifica na caracterização desta pesquisa.

Nesse sentido ainda, a proposta de início de mensuração dos níveis de qualidade agregou as áreas de medicina, odontologia e enfermagem, por serem o interesse inicial da gestão da organização. Além disso, observa-se que o maior dispêndio de recursos é nessas três áreas, justificando o interesse da administração de propor inicialmente esse sistema para esses três setores.

### 3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O processo de construção do processo de gestão por indicadores utilizado foi baseado no “Guia Referencial para Construção e Análise de Indicadores”, de Leandro Oliveira Bahia, publicado em 2021 pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap), com as devidas adequações para atendimento à realidade da organização estudada.

Tal guia propõe dez passos para definição de indicadores e de meios para validá-los e colocá-los em prática, que foram selecionados e adaptados para uso nesta pesquisa. As premissas de cada um dos passos foram adequadas para as realidades da instituição pesquisada, observando-se o melhor estreitamento possível do material com as características práticas da organização.

#### **3.3.1 Passo 1: Sondagem na literatura científica de indicadores de qualidade preestabelecidos**

Essa etapa se refere primordialmente à contextualização de situações as quais se tem o desejo de modificar, identificando informações que possam caracterizar a situação, além de também ser o momento de identificar novos cenários que sejam oportunidades para a organização em geral (BAHIA, 2021).

Para identificação de situações e cenários relevantes para avaliação, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, na busca por indicadores de qualidade na atenção à saúde ambulatorial, que fossem já verificados e utilizados nas produções científicas. Ainda, este item se mostrou necessário para a formação do quadro de trabalhos correlatos, identificado no item 2.4.

Revisões integrativas e sistemáticas de literatura tem se tornado ferramentas importantes na pesquisa científica (NICHOLSON; MCCRILLIS; WILLIAMS, 2017) devido ao seu caráter poderoso de compilação de dados sobre um tema específico e, ao mesmo tempo, diminuição de vieses e erros ao longo do processo de pesquisa (DONATO; DONATO, 2019).

A busca foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica online (SCIELO). Para o desenvolvimento desta revisão, foram adaptadas sete fases, de acordo com o referencial de Donato e Donato (2019), descritas a seguir.

A primeira fase se configurou na formulação de uma pergunta norteadora, necessária para guiar a investigação. A pergunta formulada foi: quais os indicadores de qualidade monitorados no serviço ambulatorial de atenção à saúde? A estratégia utilizada para a formulação da questão foi a PICo, uma adaptação da estratégia PICO que busca a satisfação de critérios de estudos não-clínicos e considera também outras temáticas relevantes para busca de informações na área da saúde (ARAÚJO, 2020). A estratégia PICo considera: P = população, paciente ou problema (neste caso, irrelevante para o propósito da revisão); I = interesse (indicadores de qualidade) e Co = contexto (serviço ambulatorial de atenção à saúde).

A segunda fase se apoiou na definição de um protocolo de investigação conciso, que seja detalhado e defina o escopo da pesquisa de forma geral. Para a busca, foram definidas as seguintes palavras-chave cadastradas nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECs): Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Gestão; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência Ambulatorial; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde. As palavras-chave foram estabelecidas após leitura minuciosa relacionada ao tema investigado e à pergunta norteadora desenvolvida.

Como estratégia de busca, decidiu-se pela associação entre os descritores, utilizando o operador booleano “AND” da seguinte forma: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde AND Assistência Ambulatorial; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde AND Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Qualidade em

Assistência à Saúde AND Atenção Secundária à Saúde; Indicadores de Gestão AND Assistência Ambulatorial; Indicadores de Gestão AND Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Gestão AND Atenção Secundária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde AND Assistência Ambulatorial; Qualidade da Assistência à Saúde AND Atenção Primária à Saúde e Qualidade da Assistência à Saúde AND Atenção Secundária à Saúde, totalizando nove mecanismos de busca. As buscas aconteceriam no mesmo dia, para evitar qualquer tipo de discrepância entre as produções e a base de dados.

A terceira fase se caracterizou na definição de critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, foram considerados os artigos que abordem temáticas relacionadas a indicadores de qualidade na atenção à saúde, e que inclua exemplos diretos de indicadores que, em sua formulação, sejam responsáveis pela averiguação de informações que podem, com seus resultados, exibir um efeito claro e avaliar como o serviço está sendo ofertado. As produções precisavam ser de texto aberto, com recorte temporal dos últimos cinco anos, de 2017 a 2021, e na língua portuguesa. Foram excluídas, teses, dissertações, monografias e outros estudos de revisão que não possuam meta análise ou textos com temática diferente da proposta ou que vão de encontro aos objetivos do estudo, mas não contemplem os critérios de inclusão estabelecidos.

Na quarta fase, de pesquisa e obtenção das produções, utilizando-se o protocolo de pesquisa sinalizado na segunda fase deste roteiro e tendo os resultados das buscas gerais, foram aplicados os filtros definidos na fase três dos critérios de inclusão e exclusão. A partir dos resultados filtrados, esses foram importados para o *software* de organização de bibliografia *Zotero*, em que foram compilados os resultados de todas as buscas.

Na quinta fase, de seleção dos estudos, foi realizada a avaliação de conteúdo das produções. Realizou-se uma filtragem de resultados duplicados e possíveis resultados que não atenderam os critérios da pesquisa. Após esse processo, foi feita uma avaliação de título, seguida por um dos resumos e, ao final, dos textos em sua integralidade. Em discordância sobre a inclusão de determinada produção, organizou-se uma discussão, com base nos critérios definidos, a fim de alcançar um consenso sobre a inclusão ou exclusão dela.

Na sexta fase, os estudos remanescentes identificados passaram por um processo de extração de dados. As produções passaram por uma análise completa, buscando destacar as informações relevantes que seriam compiladas com intuito de responder os objetivos desta revisão e evidenciar quais os indicadores de qualidade utilizados na literatura acerca de serviços de atenção à saúde.

E, na sétima fase, houve a avaliação crítica dos artigos, que se constituiu na leitura dos estudos na íntegra, e uma síntese dos dados, com a elaboração de quadros sinópticos contendo dados coletados com informações de cada pesquisa.

Os indicadores encontrados foram categorizados de acordo com a tríade de avaliação da atenção à saúde de Donabedian (1988): indicadores de estrutura; indicadores de processo e indicadores de resultado. Para um indicador ser considerado como de estrutura, sua análise precisou ser voltada à atributos interligados à materiais e equipamentos e estrutura física; recursos humanos e estrutura organizacional administrativa à disposição. Para um indicador ser classificado como de processo, sua análise precisou ser motivada pelo intermédio entre a procura da atenção pelo usuário e na provisão da atenção, diagnóstico e tratamento pelo profissional responsável. E para um indicador ser caracterizado como sendo de resultado, sua análise precisou ser fomentada pelo efeito da atenção aplicada aos usuários e populações que a recebem (DONABEDIAN, 1988).

Após a categorização dos indicadores encontrados dentre as áreas, foram destacados para utilização nesta metodologia os **indicadores de resultado**. Isso se dá considerando a própria estrutura da organização destacada nesta pesquisa, seu estágio no ciclo de vida da organização, seu porte relativamente pequeno, em que não há setor de qualidade específico responsável pela gestão desta temática.

Nesse sentido ainda, propõe-se com esta pesquisa o início de uma estruturação desta gestão para instituição. Logo, os indicadores de resultado se configuram no primeiro passo para a avaliação por indicadores de qualidade, já que representam a observação geral do sistema e do usuário acerca do serviço recebido, assim como os efeitos e resultados da aplicação de tal serviço (DONABEDIAN, 1988).

Logo, os indicadores não configurados como de resultado foram descartados, não tomando parte nos resultados desta pesquisa.

### 3.3.2 Passo 2: Escolha e preestabelecimento dos indicadores

O segundo passo consiste na escolha e estabelecimento dos indicadores dentre o montante de indicadores de resultado aglomerados no passo anterior. Nesse passo, com os indicadores destacados, foram avaliados certos componentes qualitativos de sua composição, justificando também a relevância prática do indicador estabelecido para a organização (BAHIA, 2021).

Essa avaliação inicial foi realizada pelos responsáveis técnicos das áreas em destaque para esta pesquisa: medicina, odontologia e enfermagem. Para tal, uma reunião de alinhamento estratégico com os três profissionais responsáveis por essas áreas foi necessária. Esse momento expressou o intuito de iniciar a verificação e preestabelecimento de indicadores consonantes com seus respectivos serviços.

As perspectivas dos responsáveis técnicos se demonstram importantes, uma vez que esses profissionais possuem conhecimento aprofundado sobre a atuação dos seus setores e suas equipes. Eles desenvolvem no dia a dia qualificações de liderança sobre seus times, com competências que englobam a habilidade de tomar decisões e visão sistêmica técnica geral (DE ALMEIDA et al., 2014).

Para a verificação de cada um dos indicadores e sua relevância no panorama organizacional prático, se mostrou necessário considerar uma gama de critérios que são fundamentais em sua operacionalização. Esses critérios estão apresentados no quadro a seguir:

Quadro 3 – Critérios para identificação e seleção de indicadores, Vila Velha-ES/BRA, 2023

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
Seletividade ou importância	Fornece informações sobre as principais variáveis estratégicas e prioridades definidas de ações, produtos ou impactos esperados.
Simplicidade, clareza, inteligibilidade e comunicabilidade	Os indicadores devem ser simples e compreensíveis, capazes de levar a mensagem e o significado. Os nomes e expressões devem ser facilmente compreendidos e conhecidos por todos os públicos interessados.
Representatividade, confiabilidade e sensibilidade	Capacidade de demonstrar a mais importante e crítica etapa de um processo, projeto etc. Os

	dados devem ser precisos, capazes de responder aos objetivos e coletados na fonte de dados correta e devem refletir tempestivamente os efeitos decorrentes das intervenções.
Investigativos	Os dados devem ser fáceis de analisar, sejam estes para registro ou para reter informações e permitir juízos de valor.
Comparabilidade	Os indicadores devem ser facilmente comparáveis com as referências internas ou externas, bem como séries históricas de acontecimentos.
Estabilidade	Procedimentos gerados de forma sistemática e constante, sem muitas alterações e complexidades, uma vez que é relevante manter o padrão e permitir a série histórica.
Custo-efetividade	Projetado para ser factível e economicamente viável. Os benefícios em relação aos custos devem satisfazer todos os outros demais níveis. Nem todas as informações devem ser mensuradas, é preciso avaliar os benefícios gerados em detrimento do ônus despendido.

Fonte: Bahia, 2023; compilado pelo autor.

Portanto, nesta fase, cada indicador foi avaliado pelos responsáveis técnicos se esses critérios se apresentaram em sua construção ou não, de modo a atender as estratégias organizacionais na prática. Na possibilidade de qualquer um desses critérios não ter sido verificado na composição dos indicadores, eles foram automaticamente eliminados do grupo, não sendo considerado para os próximos passos da pesquisa.

No alinhamento com os responsáveis técnicos, foram selecionados os indicadores mais significativos considerando o escopo geral da pesquisa, atendendo a todos os critérios que o grupo julgou relevante. Os indicadores que não foram escolhidos, à princípio, não serão utilizados na continuação deste passo a passo.

### **3.3.3 Passo 3: Identificação do objetivo da mensuração**

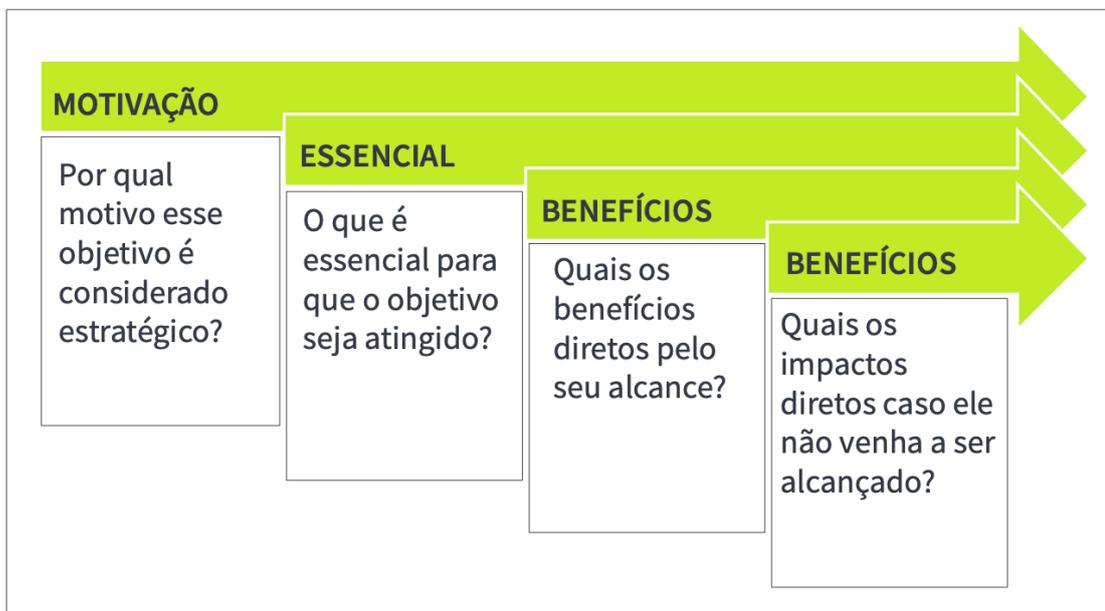
Após o alinhamento estratégico com os responsáveis técnicos, o próximo passo se configurou na identificação do objetivo da mensuração de cada um dos indicadores

pré-selecionados. Nesse processo, foi identificado o que se deseja medir com cada indicador e foi definido o que será mensurado. Nesta etapa também, foram estabelecidos os objetivos os quais serão mensurados por meio dos indicadores destacados (BAHIA, 2021).

Logo, após a caracterização das situações que cada indicador resultado tenta avaliar, foram definidos quais os objetivos a que cada uma dessas situações faz alusão. Esse processo auxilia na constituição de objetivos claros e diretos do que se quer tratar dentro da organização, além de gerar um direcionamento quanto à finalidade de cada indicador.

E, num último estágio desta etapa, após verificada a finalidade de cada um dos indicadores, esses foram postos numa balança, para verificação de seus pontos-chave, a fim de estabelecer seus fatores críticos de sucesso (FCS). Num escopo macro, isso irá auxiliar a “estabelecer qual o foco de mensuração o indicador terá” (BAHIA, 2021, p. 17). Para o estabelecimento dos FCS, foram utilizados os questionamentos que seguem, a partir da figura 4:

Figura 4 – Identificação de Fatores Críticos de Sucesso (FCS)



Fonte: Bahia, 2021

A definição dos FCS é relevante porque irá atestar se os objetivos levantados realmente se convergem com os objetivos da organização, focando-se, assim, nas estratégias e prioridades da instituição (BAHIA, 2021). A definição dos FCS foi feita

para todos os 21 indicadores destacados, na forma dos questionamentos acima nas seguintes categorias:

Quadro 4 – Pontos dos FCS a serem observados em cada indicador, Vila Velha-ES/BRA, 2023

<b>Categoria</b>	<b>Questionamento</b>
Motivação	Por qual motivo esse objetivo é considerado estratégico?
Essencial	O que é essencial para que o objetivo seja atingido?
Benefícios	Quais os benefícios diretos pelo seu alcance?
Impactos negativos	Quais os impactos diretos caso ele não venha a ser alcançado?

Fonte: próprio autor, 2023.

Todas essas informações serão compiladas para o seguimento à próxima etapa.

### **3.3.4 Passo 4: Avaliação preliminar dos indicadores**

O quarto passo nesse processo de construção foi a validação preliminar dos indicadores com as partes interessadas. Após ter os indicadores que inicialmente serão utilizados, é necessário mostrá-los para os grupos de interesse dentro da organização, para que se possa orientar decisões a serem tomadas (BAHIA, 2021).

Além disso, esse processo auxilia a verificar se realmente os indicadores estão demonstrando, dentro do universo organizacional pesquisado, que os recursos estão sendo utilizados para as melhorias que foram descritas anteriormente. Tenta-se também verificar com esse processo se existe uma adoção da nova metodologia a ser trabalhada através dos profissionais, para que seja possível se empenhar nas mudanças que se desejam (BAHIA, 2021).

Após o processo de filtragem e escolha dos indicadores que possam vir a ser utilizados, esses foram apresentados para a o presidente da diretoria da instituição, considerando que suas opiniões e considerações são de suma importância, apresentando a visão estratégica organizacional dentre os aspectos práticos que irão ser essenciais para que o uso de tais indicadores seja feito precisamente. Ele realizou uma avaliação inicial dos indicadores, constatando sua aderência à instituição e seus valores, estratégias e práticas de serviço.

Neste processo, o líder da instituição avaliou se cada um dos indicadores preestabelecidos está de acordo com as visões da macroestratégia organizacional, seus objetivos e suas perspectivas internas e externas. Na possibilidade de algum dos indicadores não se encaixarem nesta visão, eles foram, à princípio, descartados.

### **3.3.5 Passo 5: Construção de fórmulas para cálculo dos indicadores**

O quinto passo se constituiu na construção de fórmulas para o cálculo das taxas, uma vez definido o conjunto de indicadores a serem utilizados. Foi necessário descrever, para cada indicador, uma fórmula, essencialmente matemática, indicando como o indicador deve ser calculado e apresentado.

É importante levar em consideração os critérios fundamentais de um indicador, para que se possa evitar fórmulas matemáticas de difícil compreensão, e tornar o processo de cálculo do indicador algo factível e simples, que possa ser facilmente comparável e que apresente algo direto, para apoiar o processo decisório (BAHIA, 2021).

É importante salientar que esse passo se configura extremamente relevante porque, com a definição dos parâmetros numéricos e de unidade de medida dos indicadores, é possível compreender qual o comportamento dos resultados que serão obtidos. Ou seja, se o desempenho por meio da interpretação do indicador é melhor quando o resultado numérico está aumentando, diminuindo ou ficando estático (BAHIA, 2021).

### **3.3.6 Passo 6: Estabelecimento de metas**

Para a construção das metas dos indicadores, foram observados aspectos internos e externos, por meio de *benchmarks* que pudessem ser úteis. Foram observadas séries históricas de atendimentos dentro da organização e tendências de *performance*, para avaliação da construção de metas que fossem, ao mesmo tempo, desafiadoras e possíveis de serem aplicadas e executadas.

Além disso, foram observadas instituições com características similares, principalmente nos aspectos que tangem à atenção à saúde de maneira geral, para comparação de valores que pudessem ser referenciais e que, em conjunto com as análises internas, fossem de auxílio à formação das metas. Nesse sentido, foram utilizados dados das Unidades Básicas de Saúde da região na qual se encontra a instituição, assim como parâmetros dentro do SUS em geral, dados das prefeituras do

município da organização e de municípios adjacentes, para estabelecimento de padrões para a criação das metas dos indicadores.

### **3.3.7 Passo 7: Definição dos responsáveis pela apuração dos indicadores**

Foram selecionados quantos e quais profissionais seriam as melhores opções para a apuração e divulgação de cada determinado indicador, a depender da quantidade de informações, complexidade e especificidades de cada um dos indicadores selecionados.

Além disso, após a definição dos responsáveis, foi definida a periodicidade com a qual será realizada essa geração e divulgação de resultados. Cada indicador possuirá determinadas condições com as quais serão avaliadas a frequência ideal de apuração, podendo ser de algo diário até mesmo anual.

### **3.3.8 Passo 8: Definição da forma de coleta de dados**

Cada indicador teve suas características analisadas para verificação de quais dados são essenciais para seu cálculo. A organização dispõe de sistema informatizado o qual compila em relatórios todo e qualquer tipo de quantitativo de produção, registro de consultas, dentre outras informações, avaliadas pertinentes ou não na descrição do método de coleta para cada indicador de qualidade. Nesta etapa que é definida a sistemática de levantamento de dados sobre cada um dos indicadores, que pode variar de acordo com as especificidades de cada indicador, mas que tem como ponto comum a necessidade de dados de qualidade, acessíveis e de confiáveis (BAHIA, 2021).

Toda e qualquer forma de coleta foi avaliada, que melhor satisfizesse as necessidades de cada indicador. Métodos como observação direta, aplicação de questionários e realização de entrevistas, caso a particularidade de cada indicador escolhido demandasse esse meio de coleta, foram avaliadas na busca e garantia de dados precisos e fidedignos.

### **3.3.9 Passo 9: Avaliação final dos indicadores**

Com os indicadores de qualidade selecionados nos passos anteriores, juntamente com suas informações agregadas, foi feito um mapeamento segundo os critérios apresentados no terceiro passo deste roteiro, atribuindo pesos de 1 a 5 para cada um

deles e, ao final, gerando um peso ponderado total (PT) para cada indicador. Este processo de pontuação é exemplificado abaixo, pela figura 5:

Figura 5 – Matriz de validação dos indicadores

	CRITÉRIO	PESO (1 a 5)
1	Seletividade ou importância	
2	Simplicidade, clareza, inteligibilidade e comunicabilidade	
3	Representatividade, confiabilidade e sensibilidade	
4	Investigativos	
5	Comparabilidade	
6	Estabilidade	
7	Custo-efetividade	

Fonte: Bahia, 2021

Este processo de validação foi realizado internamente à instituição. Essa avaliação foi executada pela alta gestão da instituição, considerando o interesse dessa na realização deste estudo. Portanto, duas pessoas, uma no cargo de gerente, responsável pela supervisão de todo trabalho operacional da organização, e outra no cargo de presidente da diretoria, responsável por todas as decisões de impacto geral à instituição, foram os juízes de validação internos escolhidos para na distribuição dos pesos e validação final dos indicadores propostos.

Além disso, os responsáveis técnicos das áreas de medicina, enfermagem e odontologia também foram utilizados como juízes de validação. Esse processo de englobamento dos responsáveis técnicos se mostrou de extrema valia, considerando suas participações no desenvolvimento desta metodologia e seus conhecimentos sob cada área estudada.

Cada juiz assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Além disso, cada um também preencheu um instrumento de caracterização da amostra, de acordo com o Apêndice B.

O PT de cada indicador foi calculado pela seguinte fórmula:  $PT = (\text{Peso } 1 + \text{Peso } 2 + \dots + \text{Peso } 7) / 7$ . E, a partir das cinco avaliações existentes para cada um dos

indicadores, considerando a classificação de cada um dos cinco juízes de validação, foi realizada uma média simples para alcance do Peso Ponderado Total Geral (PTG), que englobou o PT do juiz de validação 1 (PT1); PT do juiz de validação 2 (PT2); PT do juiz de validação 3 (PT3); PT do juiz de validação 4 (PT4) e PT do juiz de validação 5 (PT5). Logo, cada indicador de qualidade obteve um PTG final caracterizado pela seguinte fórmula:  $PTG = (PT1 + PT2 + PT3 + PT4 + PT5) / 5$ .

A partir desse cálculo foi possível identificar e classificar cada um dos indicadores, segundo uma ordem de importância geral, por meio do PTG. Esse processo se configurou importante para auxiliar e reafirmar a determinação dos indicadores a serem utilizados.

### **3.3.10 Passo 10: Estabelecimento dos indicadores finais**

O décimo passo se configurou no estabelecimento dos indicadores finais, que compuseram o sistema de indicadores de qualidade proposto à instituição. Neste momento, os indicadores validados, após os sistemas de avaliação e desempate, foram estabelecidos para o conjunto final, assim como seus objetivos de mensuração, FCS, fórmulas de cálculo, metas, responsáveis e forma de coleta de dados.

A proposta é que o sistema de indicadores de qualidade seja trabalhado com, no máximo, nove indicadores. Isso se justifica pelo fato de qualquer gestor possuir uma capacidade limitada de análise de informações. Logo, seu tempo precisa ser consumido com as averiguações mais importantes e que irão prover o maior impacto positivo (BAHIA, 2021).

Foram selecionados e utilizados os indicadores que atingiram pelo menos 80% do PTG máximo ( $PTG = 5$ ). Ou seja, para que um indicador pudesse ser considerado válido, foi necessário alcançar um PTG igual ou maior que 4.

Foi utilizado um sistema em caso de empate do PTG dos indicadores que facilitasse o processo geral. Em caso de possibilidade de mais de um indicador possuir PTG que pudesse entrar nos nove indicadores propostos, mas as nove vagas já estivessem ocupadas, o próprio presidente da diretoria iria selecionar quais os indicadores que iriam permanecer. Esse método foi escolhido considerando o conhecimento prático aprofundado da organização que indivíduo nesse cargo apresenta, assim como o fato

dele possuir uma visão geral da instituição e de quais indicadores poderiam produzir maior efeito nesse espaço organizacional.

Esse sistema se configurou na produção final, a qual se apresentará para a organização como forma de início de medição de padrões de qualidade de seus serviços de atenção à saúde.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

É importante frisar que esta pesquisa se norteou pelas orientações da Comissão de Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Resolução n. 466 de 2012, que visa garantir a dignidade e integridade dos participantes das pesquisas em seres humanos. Foram realizados todos os tramites burocráticos necessários acerca desta fase, solicitando-se toda a documentação exigida, incluindo Carta de Anuência da instituição a qual será foco da pesquisa.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo no dia 20 de janeiro de 2022. Após análise do órgão, foi recebida a aprovação no dia 08 de fevereiro de 2022, por meio do CAAE de número 55224222.1.0000.5060 e parecer de número 5.230.861, de acordo com documento comprobatório contido no Anexo A deste trabalho.

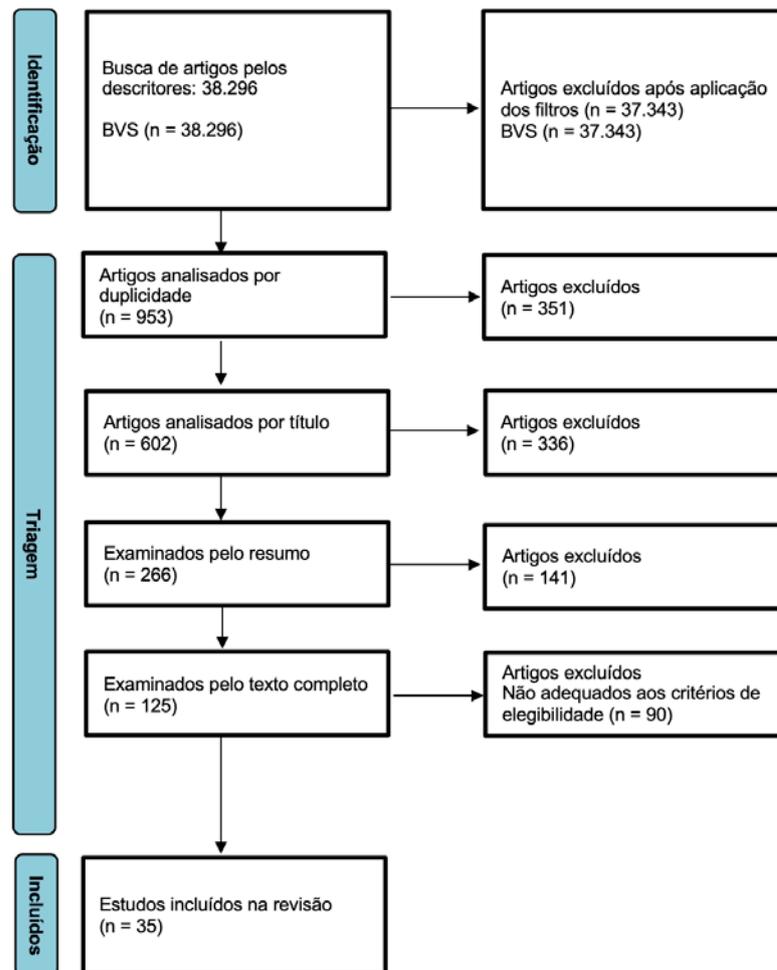
## **4 RESULTADOS**

### **4.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

#### **4.1.1 Passo 1: Sondagem na literatura científica de indicadores de qualidade preestabelecidos**

Como resultado da revisão integrativa de literatura, após a realização do processo de busca e aplicação dos critérios e inclusão e exclusão, foram encontrados 953 artigos. Retirando resultados duplicados (351), o total de artigos ficou em 602. Para análise, foi realizada leitura dos títulos dos artigos, que eliminou 336 produções, sobrando 266 para uma subsequente análise de resumo, que eliminou mais 141 produções. E, após a leitura dos 125 artigos restantes, foram retiradas 90 produções que não se adequavam aos critérios de elegibilidade da proposta de revisão, restando 35 produções, cujos dados foram extraídos e analisados para o propósito desta revisão. A figura 6 esquematiza o processo de busca e análise:

Figura 6 – Fluxograma de seleção dos estudos, Vila Velha-ES/BRA, 2023



Fonte: próprio autor, 2023.

Os artigos incluídos na revisão têm sua predominância de ano de publicação em 2017 (12 produções). Sete produções são do ano de 2018; sete do ano de 2019; seis do ano de 2020 e três do ano de 2021. Foram encontrados 149 indicadores de qualidade ao longo das produções da revisão, todos identificados no quadro 2.

Esses indicadores foram agrupados de acordo com suas características principais, a fim de encontrar indicadores com propósitos iguais e ter uma melhor visualização da quantidade real de indicadores encontrados na literatura. Após o agrupamento, foram destacados 126 indicadores. E, após esse processo, foram agrupados os indicadores com propósitos semelhantes, que, em sua análise, produzem o mesmo resultado. Nesse sentido, foi encontrado o número real de 111 indicadores diferentes na revisão realizada.

Os cinco indicadores mais presentes ao longo da revisão foram: nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados (15 artigos); interações por condições

sensíveis à atenção primária (10 artigos); e média de escovação dental supervisionada, média de consultas médicas por habitante e número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem, com três aparecimentos cada.

Foi possível retirar 16 temáticas centrais acerca dos indicadores de qualidade encontrados. Os indicadores de qualidade encontrados foram divididos dentro das temáticas levantadas, com alguns deles incluídos em mais de uma temática. O tema “Atendimentos por Profissional de Saúde” (34 indicadores) foi o que apresentou maior relevância, sendo citado 40 vezes ao longo dos artigos da revisão. A temática de “Atenção Odontológica” agrega 29 indicadores, sendo eles citados nas produções pesquisadas 26 vezes, assim como a temática “Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde”, que contempla 23 indicadores.

Outros temas que obtiveram maior relevância foram: “Saúde da Criança” (22 indicadores e 22 citações na revisão); “Saúde do Adolescente” (21 indicadores e 21 citações na revisão); “Saúde da Mulher e Puerperal” (14 indicadores e 16 citações na revisão); “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (11 indicadores e 11 citações na revisão); “Características do Atendimento” (3 indicadores e 19 citações na revisão) e “Panorama Geral da Atenção Primária” (2 indicadores e 11 citações na revisão).

Pode-se observar todas as temáticas classificadas, assim como seus respectivos indicadores de qualidade agregados no quadro a seguir:

Quadro 5 – Agrupamento dos indicadores de qualidade encontrados e suas temáticas centrais, Vila Velha-ES/BRA, 2023

Temáticas Centrais	Indicadores
Atendimentos por Profissional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de consultas médicas por habitante</li> <li>• Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem</li> <li>• Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico da família</li> <li>• Proporção de demanda espontânea em relação à programada</li> <li>• Número de consultas médicas realizadas</li> <li>• Média de consultas puericultura/criança</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de um ano</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de cinco anos</li> <li>• Média de atendimentos por diabético</li> <li>• Média de atendimentos por hipertenso</li> <li>• % consultas médicas por cuidado continuado/programado</li> <li>• % consultas médicas de demanda agendada</li> <li>• Proporção de diabéticos com pelo menos 2 consultas registradas nos últimos 12 meses</li> <li>• Proporção de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses</li> <li>• Número de pessoas diferentes atendidas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de consultas de pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma)</li> <li>• Proporção de cobertura de primeira consulta odontológica programática</li> <li>• Número de atendimentos de urgências odontológicas por habitante</li> <li>• Relação entre tratamentos concluídos primeiras consultas programáticas</li> <li>• Proporção de Pedidos de Interconsultas em relação ao número total de consultas agendadas</li> <li>• Número de primeiras consultas odontológicas realizadas</li> <li>• Número de consultas ofertadas</li> <li>• Número de consultas agendadas</li> <li>• Número de solicitações de consultas médicas especializadas</li> <li>• Número de consultas de atendimento pré-natal realizado por médico ou enfermeiro</li> <li>• Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos</li> <li>• Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de consultas de urgências em adolescentes</li> <li>• Proporção de reuniões de planejamento de caráter multiprofissional</li> <li>• Número de primeiras consultas odontológicas realizadas</li> </ul>
Atenção Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de escovação dental supervisionada</li> <li>• Proporção de avaliação de saúde bucal para gestantes após pelo menos duas consultas de pré-natal</li> <li>• Proporção de crianças com a primeira consulta odontológica com tratamento concluído</li> <li>• Proporção de cobertura de primeira consulta odontológica programática</li> <li>• Número de atendimentos de urgências odontológicas por habitante</li> <li>• Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas</li> <li>• Número de primeiras consultas odontológicas realizadas</li> <li>• Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos</li> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da atenção básica</li> <li>• Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático</li> <li>• Validação do Oral Impacts on Daily Performances</li> <li>• Cobertura de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal</li> <li>• Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de casos de traumatismos em adolescentes</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal voltadas ao adolescente</li> <li>• Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela equipe de saúde bucal</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pela equipe de saúde bucal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pelas equipes de saúde bucal no universo das demandas</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal voltadas ao adolescente</li> </ul>
Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de escovação dental supervisionada</li> <li>• Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos</li> <li>• Taxa de consultas médicas de planejamento familiar</li> <li>• Porcentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de câncer de colo-retal efetuado</li> <li>• Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos</li> <li>• Proporção de gestantes com vacina em dia</li> <li>• Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais</li> <li>• Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</li> <li>• Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade</li> <li>• Razão de exame citopatológico do colo do útero</li> <li>• Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas</li> <li>• Número de visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeiro</li> <li>• Número da 3ª dose aplicada de vacinas tetra e pentavalente</li> <li>• Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planejamento familiar</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal voltadas ao adolescente</li> <li>• Validação do Oral Impacts on Daily Performances</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Proporção de biópsias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional</li> </ul>
Saúde da Criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de recém-nascidos com consulta médica até os 28 dias de vida</li> <li>• Média de consultas puericultura/criança</li> <li>• Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo</li> <li>• Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</li> <li>• Proporção de crianças menores de dois anos pesadas</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de um ano</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de cinco anos</li> <li>• Proporção de crianças entre 0 e 72 meses acompanhadas</li> <li>• Proporção de crianças com monitoramento de crescimento adequado</li> <li>• Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento adequado</li> <li>• Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade</li> <li>• Proporção de crianças com suplementação de ferro</li> <li>• Proporção de crianças com a primeira consulta odontológica com tratamento concluído</li> <li>• Proporção de crianças com registro adequado</li> <li>• Proporção de crianças acompanhadas com avaliação de risco</li> <li>• Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas</li> <li>• Número da 3ª dose aplicada de vacinas tetra e pentavalente</li> <li>• Percentual de nascidos vivos com peso normal ao nascer</li> <li>• Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida</li> <li>• Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida</li> </ul>
Saúde do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da atenção básica</li> <li>• Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela equipe de saúde bucal</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pela equipe de saúde bucal</li> <li>• Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pelas equipes de saúde bucal no universo das demandas</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal voltadas ao adolescente</li> <li>• Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático</li> <li>• Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de biópsias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de casos de traumatismos em adolescentes</li> <li>• Proporção de consultas de urgências em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional</li> </ul>
Saúde da Mulher e Puerperal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos</li> <li>• Proporção de gestantes com pré-natal em dia</li> <li>• Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos 2 anos</li> <li>• Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada</li> <li>• Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre</li> <li>• Proporção de gestantes com vacina em dia</li> <li>• Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais</li> <li>• Proporção de avaliação de saúde bucal para gestantes após pelo menos duas consultas de pré-natal</li> <li>• Razão de exame citopatológico do colo do útero</li> <li>• 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS</li> <li>• Número de consultas de atendimento pré-natal realizado por médico ou enfermeiro</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde materna</li> <li>• Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planejamento familiar</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil</li> </ul>
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de atendimentos por diabético</li> <li>• Média de atendimentos por hipertenso</li> <li>• Proporção de diabéticos com pelo menos 2 consultas registradas nos últimos 12 meses</li> <li>• Proporção de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses</li> <li>• Número de consultas de pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma)</li> <li>• Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA&lt;140/90mmHg)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c&lt;8,0%)</li> <li>• Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial</li> <li>• Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus</li> </ul>
Panorama Geral da Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações por condições sensíveis à atenção primária</li> <li>• Percentual de internação por causas não sensíveis à atenção primária</li> </ul>
Nível de Nascimento / Óbitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos</li> <li>• Número de óbitos maternos</li> <li>• 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS</li> <li>• Percentual de nascidos vivos com peso normal ao nascer</li> <li>• Proporção de nascidos vivos de mães por consulta de pré-natal (considerando sete ou mais consultas de pré-natal, 4 a 6 consultas de pré-natal e sem nenhuma consulta de pré-natal)</li> <li>• Taxa de mortalidade infantil</li> </ul>
Acesso / Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pelas ESB no universo das demandas</li> <li>• Proporção de reuniões com usuários para captar problemas e orientar planejamento</li> <li>• Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária</li> </ul>
Pacientes Referenciados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamentos de pacientes da atenção primária à saúde para outros níveis do sistema de saúde</li> <li>• Proporção de cirurgias indicadas logo após a primeira consulta</li> <li>• Número de solicitações de consultas médicas especializadas</li> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da atenção básica</li> </ul>
Características do Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de absenteísmo</li> <li>• Tempo médio de espera</li> <li>• Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados</li> </ul>
Doenças Infectocontagiosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de sífilis congênita</li> <li>• Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar</li> <li>• Óbitos por dengue</li> </ul>
Mudança Percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido</li> </ul>
Nº de Serviços Implementados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de itens da carteira de serviços implementados</li> </ul>
Custos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo médio de medicamentos prescritos por usuário</li> </ul>

Fonte: próprio autor, 2023.

Vale destacar que, a partir desta revisão integrativa de literatura, foi produzido um artigo, identificado aqui neste trabalho no **Apêndice C**.

Os 111 indicadores de qualidade enumerados após a revisão integrativa de literatura foram classificados de acordo com a tríade de avaliação da atenção à saúde de Donabedian (1988). Assim, os indicadores foram divididos em indicadores de estrutura; indicadores de processo e indicadores de resultado.

Para essa classificação, cada indicador teve seu conteúdo de análise examinado à luz da conceituação de cada uma das três áreas referidas anteriormente. Após esse diagnóstico, dos 111 indicadores da revisão analisados, nenhum indicador se

configurou como sendo de estrutura; um indicador se configurou como sendo de processo e 110 indicadores se configuraram como sendo de resultado.

Portanto, o indicador de processo não foi utilizado para este estudo, se mantendo descartado, em primeira ordem, dos resultados.

#### **4.1.2 Passo 2: Escolha e preestabelecimento dos indicadores**

Foi realizada uma sessão de alinhamento estratégico com a equipe técnica responsável pelos setores de medicina, enfermagem e odontologia.

A sessão foi realizada em duas partes, em dois dias distintos, cada uma durando cerca de 90 minutos. O pesquisador foi o mediador, auxiliando no encaminhamento das discussões acerca de cada indicador verificado. Além do pesquisador, participaram o médico registrado como responsável técnico da instituição no CRM-ES; a cirurgiã-dentista registrada como responsável técnica da instituição no CRO-ES e a enfermeira registrada como responsável técnica no COREN-ES.

Primeiramente, foi apresentado o panorama geral desta pesquisa para que os profissionais pudessem compreender quais os direcionamentos e propostas este estudo compilava. Foi relatado o objetivo do trabalho e, em seguida, explicado um pouco sobre os indicadores de qualidade na atenção à saúde, e como eles poderiam auxiliar numa melhor gestão de processos de trabalho, ligando-os diretamente à qualidade fornecida para os usuários. Além disso, foi necessário observar os critérios para identificação e seleção de indicadores, e se esses estavam presentes nos que fossem preestabelecidos.

A listagem com os 110 indicadores de resultado foi então apresentada para os profissionais responsáveis, para início da dinâmica de alinhamento de quais deles possuiriam possibilidade de aplicação dentro da instituição. Para cada indicador discutido, foi apresentada uma breve descrição do que esse indicador representa, e como isso poderia estar vinculado à organização. No processo de verificação, as referências técnicas precisariam estar de acordo unanimemente para que um indicador pudesse ser preestabelecido.

Dentro da listagem dos 110 indicadores propostos, 20 foram preestabelecidos unanimemente pelas referências técnicas; foram descritos como sendo relevantes

para a instituição pesquisada; e foram caracterizados dentro dos critérios para identificação e seleção de indicadores. Além disso, foi proposto, pela equipe, um outro indicador, que, segundo eles, poderiam complementar e agregar no conjunto escolhido.

Os indicadores preestabelecidos, juntamente com o indicador concebido pela equipe técnica, encontram-se compilados no quadro 6:

Quadro 6 – Indicadores preestabelecidos na sessão de alinhamento estratégico com as referências técnicas, Vila Velha-ES/BRA, 2023

<b>Indicadores Preestabelecidos pela Equipe Técnica</b>	<b>Temáticas Centrais</b>
Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados.	Características do Atendimento
Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido.	Mudança Percebida
Nível de absenteísmo.	Características do Atendimento
Número de consultas médicas realizadas.	Atendimentos por Profissional de Saúde
Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem;	Atendimentos por Profissional de Saúde
Número de consultas ofertadas.	Atendimentos por Profissional de Saúde
Número de pessoas diferentes atendidas.	Atendimentos por Profissional de Saúde
Média de atendimentos por diabético.	Atendimentos por Profissional de Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Média de atendimentos por hipertenso.	Atendimentos por Profissional de Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c<8,0%).	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA<140/90mmHg).	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Proporção de gestantes com pré-natal em dia;	Saúde da Mulher e Puerperal
Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos.	Saúde da Mulher e Puerperal Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde
Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos 2 anos.	Saúde da Mulher e Puerperal Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde
Média de consultas puericultura/criança.	Atendimentos por Profissional de Saúde Saúde da Criança
Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo.	Saúde da Criança

Número de solicitações de consultas médicas especializadas.	Atendimentos por Profissional de Saúde Pacientes Referenciados
Número de primeiras consultas odontológicas realizadas.	Atendimentos por Profissional de Saúde Atenção Odontológica
Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas.	Atendimentos por Profissional de Saúde Atenção Odontológica
Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos.	Atendimentos por Profissional de Saúde Atenção Odontológica
<b>Indicador Proposto pela Equipe Técnica</b>	<b>Temáticas Centrais</b>
Número de consultas odontológicas realizadas	Atendimentos por Profissional de Saúde Atenção Odontológica

Fonte: próprio autor, 2023.

#### 4.1.3 Passo 3: Identificação do objetivo da mensuração

Foi observado em cada um dos indicadores preestabelecidos qual o objetivo de sua mensuração, ou seja, qual o propósito de cada um deles. Foi detalhado o que se deseja medir com esses determinados indicadores, e o que será efetivamente mensurado.

Após a descrição de cada um dos objetivos para cada indicador, foi realizada uma discriminação dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). Esse processo foi realizado utilizando-se as categorias e os questionamentos evidenciados no quadro 4, e possibilitou uma avaliação mais robusta do objetivo em si, especificando características relevantes no contexto da gestão organizacional.

É possível observar a compilação dos objetivos e FCS para cada um dos indicadores no quadro a seguir:

Quadro 7 – Detalhamento do objetivo e FCS de cada indicador, Vila Velha-ES/BRA, 2023

Indicador	Objetivo de Mensuração	Fatores Críticos de Sucesso (FCS)
Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados.	Observar qual a perspectiva do usuário acerca do produto final o qual está recebendo. Se configura num espelho relacionando a opinião do usuário final ao serviço que está sendo oferecido.	<b>Motivação:</b> representa uma avaliação direta do usuário acerca do serviço recebido. <b>Essencial:</b> desenvolver um instrumento de avaliação para o usuário e escolher a forma mais adequada de aplicação. <b>Benefícios:</b> a gestão possui uma avaliação real do usuário sobre seus serviços e pode trabalhar por meio dessa visão para melhorar ou adaptar sua provisão de serviços.

		<p><b>Impactos negativos:</b> não conseguir estabelecer uma relação entre a visão do usuário, item fundamental para qualquer gestão, e os serviços oferecidos, inviabilizando uma estruturação de serviços mais factível no usuário final.</p>
Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido.	<p>Avaliar se o usuário consegue estabelecer relações entre o serviço/tratamento recebido pela instituição com mudanças palpáveis em sua vida e dia a dia, na perspectiva de que a primeira influencie diretamente na segunda.</p>	<p><b>Motivação:</b> representa uma avaliação direta do usuário acerca do serviço recebido, em especial às mudanças que esse serviço proporcionou em suas vidas.</p> <p><b>Essencial:</b> desenvolver um instrumento de avaliação simples para o usuário e escolher a forma mais adequada de aplicação.</p> <p><b>Benefícios:</b> a gestão possui uma avaliação real dos usuários, especialmente acerca dos impactos dos seus serviços em suas vidas, e pode trabalhar por meio dessa visão para melhorar ou adaptar sua provisão de serviços.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não conseguir estabelecer uma relação entre a visão do usuário, item fundamental para qualquer gestão, e os serviços oferecidos, em especial ao que tange nos impactos diretos à vida dos usuários, inviabilizando uma estruturação de serviços mais factível no usuário final.</p>
Nível de absenteísmo.	<p>Observar qual o nível de ausência do usuário nas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, entendendo se existe uma taxa de faltas muito alta ou não.</p>	<p><b>Motivação:</b> representa uma forma de averiguação do comportamento dos usuários perante suas consultas marcadas, oferecendo oportunidades para a organização de identificar comportamentos e remediar possíveis situações que ocasionem os usuários a faltarem.</p> <p><b>Essencial:</b> observar e calcular as ausências dos usuários perante as consultas marcadas, e possibilitar que essa observação seja feita de forma crítica.</p> <p><b>Benefícios:</b> auxílio à gestão para definição de processos que colaborem para que os usuários não percam suas consultas agendadas, evitando, assim, que fiquem desassistidos.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> possibilidade de usuários faltarem com cada vez mais frequência, sem o registro e observância corretos, sendo, assim, desperdício de recursos humanos, financeiros e estruturais da instituição.</p>
Número de consultas médicas realizadas.	<p>Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área médica, e qual a efetivação desse</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas médicas aos usuários.</p>

	serviço no caráter do número de consultas.	<p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>
Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem;	Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área da enfermagem, e qual a efetivação desse serviço no caráter do número de consultas.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas de enfermagem aos usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>
Número de consultas odontológicas realizadas	Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área odontológica, e qual a efetivação desse serviço no caráter do número de consultas.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas odontológicas aos usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>
Número de consultas ofertadas.	Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange à oferta de consultas médicas, odontológicas e de	<b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização de consultas

	<p>enfermagem, e se existe um gargalo nesta oferta quando considerado o número de usuários em potencial de utilização.</p>	<p>odontológicas aos usuários, provendo o acesso necessário a eles.  <b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas ofertadas.  <b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do acesso oferecido aos usuários, observando se a oferta da instituição está condizente com a demanda externa observada, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.  <b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a relação de oferta e demanda da organização, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>
<p>Número de pessoas diferentes atendidas.</p>	<p>Mensurar qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários nas áreas médica, odontológica e de enfermagem, e qual a efetivação desse serviço no caráter de usuários individuais efetivamente atendidos.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização de consultas aos usuários, mas entendendo seu alcance por cada usuário individual contabilizado.  <b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível os usuários diferentes atendidos pela instituição.  <b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do acesso oferecido aos usuários, observando se a oferta da instituição está condizente com a demanda externa observada, em especial se a organização está conseguindo expandir seus serviços para o maior número de utentes possível, para que mais pessoas possam receber seus serviços.  <b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre o real alcance da instituição na comunidade, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>
<p>Média de atendimentos por diabético.</p>	<p>Verificar qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento dos usuários diabéticos na área médica, disponibilizando acesso aos usuários com essa comorbidade específica.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas, em média, para cada usuário diabético.  <b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários diabéticos e as consultas para esses usuários efetuadas.  <b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do atendimento para esta comorbidade específica, e como, em média, cada usuário consegue ser</p>

		<p>atendido, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários com essa comorbidade específica.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre os atendimentos para esta comorbidade específica, impossibilitando possíveis desenvolvimentos e aperfeiçoamento dos processos de trabalho para esta população específica.</p>
Média de atendimentos por hipertenso.	<p>Verificar qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento dos usuários hipertensos na área médica, disponibilizando acesso aos usuários com essa comorbidade específica.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas, em média, para cada usuário hipertenso.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários hipertensos e as consultas para esses usuários efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do atendimento para esta comorbidade específica, e como, em média, cada usuário consegue ser atendido, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho que possam ocasionar uma maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários com essa comorbidade específica.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre os atendimentos para esta comorbidade específica, impossibilitando possíveis desenvolvimentos e aperfeiçoamento dos processos de trabalho para esta população específica.</p>
Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c<8,0%).	<p>Mensurar qual está sendo a eficácia das medidas tomadas nos atendimentos em geral com o usuário diabético, caracterizada no número de usuários com essa comorbidade em controle.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficiência das ações por parte dos profissionais da instituição e a eficácia da instituição em si no enfrentamento e controle desta comorbidade específica.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários diabéticos total e o número de usuários com a diabetes controlada.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do atendimento para esta comorbidade específica, no que tange à eficácia final dos tratamentos empregados, com a chance de definição e aperfeiçoamento de parâmetros e processos de trabalho que resultem na melhora direta do usuário, para esta comorbidade em específico.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a</p>

		<p>eficácia real das ações dos profissionais e da instituição para com os pacientes com essa comorbidade específica, impossibilitando a observação de uma melhora na qualidade de vida dos usuários.</p>
<p>Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA&lt;140/90mmHg).</p>	<p>Mensurar qual está sendo a eficácia das medidas tomadas nos atendimentos em geral com o usuário hipertenso, caracterizada no número de usuários com essa comorbidade em controle.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficiência das ações por parte dos profissionais da instituição e a eficácia da instituição em si no enfrentamento e controle desta comorbidade específica.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários hipertensos total e o número de usuários com a hipertensão controlada.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do atendimento para esta comorbidade específica, no que tange à eficácia final dos tratamentos empregados, com a chance de definição e aperfeiçoamento de parâmetros e processos de trabalho que resultem na melhora direta do usuário, para esta comorbidade em específico.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a eficácia real das ações dos profissionais e da instituição para com os pacientes com essa comorbidade específica, impossibilitando a observação de uma melhora na qualidade de vida dos usuários.</p>
<p>Proporção de gestantes com pré-natal em dia;</p>	<p>Observar a eficiência da instituição na efetivação do acompanhamento adequado às gestantes, contabilizado no pré-natal realizado apropriadamente.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender se as ações de acompanhamento para gestantes estão sendo eficazes.</p> <p><b>Essencial:</b> mensurar com maior exatidão possível as gestantes com o pré-natal realizado propriamente e o número de gestantes total.</p> <p><b>Benefícios:</b> se mostra como uma oportunidade de a gestão identificar processos de trabalho satisfatórios e outros que possam ser melhorados para o incentivo ao comparecimento às gestantes nas consultas de pré-natal.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetro de avaliação para as ações voltadas às gestantes e suas consultas de pré-natal, fundamentais para um bom acompanhamento da gravidez.</p>
<p>Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos.</p>	<p>Avaliar qual a eficiência da instituição em instigar medidas de prevenção e promoção à saúde, registrado aqui pelo número de exames citopatológicos coletados em mulheres de faixa etária condizente.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilidade de avaliação dos processos de trabalho e da efetividade dos procedimentos voltados à prevenção e promoção da saúde de modo geral, e em como a organização está se posicionando relativo a esse âmbito.</p> <p><b>Essencial:</b> forma de mensurar com maior exatidão possível o número de</p>

		<p>exames citopatológicos realizados, filtrados por mulheres entre 25 e 64 anos.</p> <p><b>Benefícios:</b> chance de a instituição poder validar seus processos diretamente ligados a essa atividade e, em caso de necessidade de melhora, desenvolver métodos para a equipe profissional e para os usuários que possam impactar positivamente neste indicador.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> falta de parâmetro para nivelar ações de prevenção e promoção para a organização, e impossibilidade de possível aperfeiçoamento de seus processos de trabalho.</p>
<p>Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos dois anos.</p>	<p>Avaliar qual a eficiência da instituição em instigar medidas de prevenção e promoção à saúde, registrado aqui pelo número de mulheres com mamografia registrada.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilidade de avaliação dos processos de trabalho e da efetividade dos procedimentos voltados à prevenção e promoção da saúde de modo geral, e em como a organização está se posicionando relativo a esse âmbito.</p> <p><b>Essencial:</b> forma de mensurar com maior exatidão possível o número de mulheres com mamografia realizada nos últimos dois anos, filtrados pela idade entre 25 e 64 anos.</p> <p><b>Benefícios:</b> chance de a instituição poder validar seus processos diretamente ligados a essa atividade e, em caso de necessidade de melhora, desenvolver métodos para a equipe profissional e para os usuários que possam impactar positivamente neste indicador.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> falta de parâmetro para nivelar ações de prevenção e promoção para a organização, e impossibilidade de possível aperfeiçoamento de seus processos de trabalho.</p>
<p>Média de consultas puericultura/criança.</p>	<p>Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento dos usuários recém-nascidos e na faixa etária infantil na área médica, disponibilizando acesso a esses usuários específicos.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas de puericultura e de crianças.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários recém-nascidos e crianças atendidas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do atendimento para esta população específica, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho que possam ocasionar uma maior disponibilidade dos profissionais para atendimento a esses usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre os</p>

		atendimentos para esta população específica, impossibilitando possíveis desenvolvimentos e aperfeiçoamento dos processos de trabalho para esses usuários.
Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo.	Mensurar a eficiência da instituição na promoção de práticas de bem-estar do recém-nascido, caracterizada aqui pela proporção de aleitamento exclusivo entre crianças até quatro meses.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a posição da instituição na execução de práticas essenciais na provisão de qualidade de vida aos recém-nascidos.</p> <p><b>Essencial:</b> forma de mensurar com maior exatidão possível o número de recém-nascidos com aleitamento exclusivo dentre essa população total, até os quatro meses de idade.</p> <p><b>Benefícios:</b> forma da gestão de implantar práticas de melhora da qualidade de vida dos recém-nascidos, ou de reforçar essas ações, por meio de processos que estimulem a conscientização das unidades familiares em relação à conduta de aleitamento exclusivo.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> impossibilidade de avaliar as ações da organização no fomento desta prática, não havendo parâmetros de base para identificar se a equipe está fazendo o possível para reforçar a importância dessa prática, podendo prejudicar o bem-estar da população de recém-nascidos atendida.</p>
Número de solicitações de consultas médicas especializadas.	Aferir o quanto a instituição está sendo eficaz na resolução dos problemas médicos dos usuários, contabilizando o número de vezes em que eles são encaminhados para a atenção especializada.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender o nível de eficácia da equipe médica no atendimento completo ao usuário, e como eles podem estar tendo dificuldades na efetivação do tratamento.</p> <p><b>Essencial:</b> forma de mensurar com maior exatidão possível o número de encaminhamentos à atenção especializada médica.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de identificar as maiores dificuldades da equipe médica no atendimento ao usuário, e entender os motivos pelos quais a equipe pode não estar conseguindo entregar uma assistência completa. Nesse sentido, oportuniza a construção de processos que possam auxiliar neste quesito, e melhorar a qualidade de vida do usuário de forma geral.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> a impossibilidade dessa avaliação pode promover dificuldades ao usuário no sentido geral, desde sua dificuldade ao acesso à atenção especializada até a deterioração da sua saúde por falta de um tratamento completo.</p>

<p>Número de primeiras consultas odontológicas realizadas.</p>	<p>Entender qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área odontológica, por meio da disponibilização de consultas para criação de plano e início de tratamento.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilitar a mensuração da eficácia da organização na provisão do acesso ao tratamento odontológico para os usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de mensurar com maior exatidão possível o número de primeiras consultas odontológicas efetivadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de agir em sua política de acesso ao tratamento odontológico, no caso de necessidade de melhora, identificar formas de aumentar este acesso com a equipe e os usuários e, em caso de níveis bons, formas de cristalizar construir em cima da política já implantada</p> <p><b>Impactos negativos:</b> impossibilidade de avaliar se a organização tem parâmetros aceitáveis no que tange ao acesso ao tratamento odontológico para os usuários, correndo o risco de manter níveis insatisfatórios nesse quesito.</p>
<p>Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas.</p>	<p>Avaliar se a instituição está sendo eficaz no tratamento odontológico completo do usuário, caracterizado pela comparação dos tratamentos concluídos perante o número de primeiras consultas programáticas.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilitar a compreensão em que taxa o usuário inicia e finaliza o tratamento odontológico, e a eficácia da instituição neste processo.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários com tratamento concluído e o número de primeiras consultas odontológicas programáticas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da instituição de compreender se os usuários estão finalizando os tratamentos odontológicos iniciados, possibilitando a identificação e mudança de possíveis gargalos no caso desse indicador não estar atingindo os níveis esperados</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver avaliação crítica do número de usuários que estão finalizando o tratamento, impedindo a ação da organização no sentido de aperfeiçoar esse aspecto, impactando diretamente na qualidade de vida do usuário.</p>
<p>Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos.</p>	<p>Entender qual está sendo a proporção de procedimento mutilador (exodontia) em relação aos restauradores (demais procedimentos), para estabelecer como a instituição provê acesso a cada uma dessas linhas de tratamento.</p>	<p><b>Motivação:</b> auxilia na mensuração da qualidade do tratamento odontológico, na expectativa de que procedimentos restauradores e preventivos sejam mais predominantes do que procedimentos de caráter mutilador.</p> <p><b>Essencial:</b> descrição, mensuração e avaliação dos diferentes procedimentos caracterizados como restauradores e mutiladores para compilação.</p>

		<p><b>Benefícios:</b> avaliar se a gestão investe no setor em seus recursos humanos, equipamentos e estrutura para adaptação a práticas preventivas e restauradoras, e se os usuários alcançam esse serviço em tempo suficientemente hábil para realização de um tratamento mais conservador.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> impossibilidade de entender os efeitos do serviço empregado por esse setor, especialmente no que tange às consequências causadas para o usuário na empregabilidade de uma estratégia possivelmente menos conservadora em seu tratamento.</p>
--	--	--

Fonte: próprio autor, 2023.

#### 4.1.4 Passo 4: Avaliação preliminar dos indicadores

Esse momento foi direcionado para o presidente da diretoria da organização, considerando que o ocupante desse cargo se configura no líder da instituição, podendo avaliar os indicadores, objetivos e FCS de acordo com as perspectivas de estratégia organizacional. Além disso, também foram considerados os critérios para identificação e seleção de indicadores, compilado pelo quadro 3, para uma avaliação mais completa das características inerentes aos indicadores apresentados.

O presidente da diretoria avaliou cada indicador, e considerou seus objetivos e FCS para indicar a pertinência de sua aplicação para a organização. Sua indicação preliminar foi de aceitação de 20 dos 21 indicadores preestabelecidos, indicando que todos possuíam características relevantes para a organização e que sua mensuração seria de extrema valia para as estratégias da instituição.

Entretanto, um dos indicadores foi verificado como possivelmente muito dispendioso para a equipe que fosse mensurá-lo. Essa consideração se deu para o indicador “Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido”, que, quando analisados seu objetivo e FCS, se mostraram de grande relevância para o contexto organizacional.

Contudo, seu critério de custo-efetividade, base para a compilação e mensuração de qualquer indicador, se mostrou extremamente custoso: no sentido de produção de um instrumento fidedigno com questionamentos que avaliassem de fato a mudança percebida pelos usuários em decorrência dos serviços recebidos; na possível

compilação desses dados, e sua conseqüente classificação; no dispêndio de recursos humanos para realizarem essa classificação de forma correta e precisa.

Com isso, o líder da organização sugeriu retirar esse indicador, e continuar com os 20 indicadores restantes da listagem preestabelecida. Após esse processo, considerou-se, portanto, o seguinte compilado de indicadores para prosseguimento para os próximos passos da pesquisa, descrito no quadro 8:

Quadro 8 – Indicadores preestabelecidos validados preliminarmente, Vila Velha-ES/BRA, 2023

<b>Nº Identificador</b>	<b>Indicador</b>
1	Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados
2	Nível de absenteísmo
3	Número de consultas médicas realizadas
4	Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem
5	Número de consultas odontológicas realizadas
6	Número de consultas ofertadas
7	Número de pessoas diferentes atendidas
8	Média de atendimentos por diabético
9	Média de atendimentos por hipertenso
10	Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c<8,0%)
11	Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA<140/90mmHg)
12	Proporção de gestantes com pré-natal em dia
13	Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos
14	Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
15	Média de consultas puericultura/criança
16	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
17	Número de solicitações de consultas médicas especializadas
18	Número de primeiras consultas odontológicas realizadas
19	Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas
20	Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos

Fonte: próprio autor, 2023.

#### **4.1.5 Passo 5: Construção de fórmulas para cálculo dos indicadores**

Para cada indicador presente no quadro 8, foi administrada uma forma de cálculo específica, que compilasse os critérios individuais de cada um. Nesse sentido, foi necessário destacar algumas informações para que as fórmulas de cálculo de cada indicador se configurassem no mais preciso possível.

Para o indicador de nº 1, o cálculo desenvolvido para mensuração foi comparando o número de pessoas que avaliaram os serviços como satisfatórios em relação ao total que responderam essa avaliação. Para o indicador nº 2, observou-se a relação entre o número de faltantes e o número de consultas marcadas.

Para os indicadores nº 3, 4 e 5, observou-se o número total de consultas efetivadas, para cada uma das especialidades citadas. Para o indicador nº 6, foi considerado o número de consultas postas para marcação. Para o indicador nº 7, observou-se o número de usuários diferentes com consulta efetivada.

Para os indicadores nº 8 e 9, foram comparadas as consultas de diabéticos e hipertensos com o número total de usuários com essas comorbidades atendidos. E os de nº 10 e 11 compararam o número de usuários com essas comorbidades controladas dentre o total de usuários afetados por essas doenças.

O de nº 12 observou as gestantes com pré-natal em dia quando comparadas com todas as gestantes; o de nº 13 contabilizou o número total de exames citopatológicos realizados em mulheres entre 25-64 anos; o de nº 14 registrou o número total de mulheres entre 50-69 anos com mamografia realizada dentre o universo populacional das mulheres dessa idade.

O indicador de nº 15 fez relação com o número total de consultas especificamente para crianças ou de puericultura; o de nº 16 compara o número de recém-nascidos de até quatro meses com aleitamento exclusivo com o dessa população total; e o nº 17 mensura a quantidade total de encaminhamentos realizados para a atenção especializada.

O indicador de nº 18 contabiliza o número total de primeiras consultas odontológicas realizadas; o de nº 19 compara o número de termos de tratamento com o de consultas de primeira vez; e o de nº 20 contabiliza a relação entre o número de exodontias e o número dos demais procedimentos restauradores.

#### **4.1.6 Passo 6: Estabelecimento de metas**

O estabelecimento de metas foi realizado, principalmente, em observância às séries históricas de atendimentos da instituição. Para tanto, foram realizadas médias dos

números de atendimentos da instituição e comparações com históricos de atendimentos de organizações similares para a concretização das metas.

O indicador de nº 1 teve sua meta fixada considerando esse um número estratégico dentre o universo organizacional. O indicador de nº 2 teve sua meta calculada considerando a média do número total de consultas marcadas nos últimos 12 meses e da média das ausências registradas também nos últimos 12 meses.

Para os indicadores de nº 3, 4 e 5, foram feitas as médias também calculadas em função dos últimos 12 meses de atendimento. Após, foi conversado com a equipe a respeito de qual seria um número, baseado na média de atendimentos encontradas, possível de se estabelecer como uma meta competitiva, mas ao mesmo tempo racional.

Para o indicador de nº 6, foi pensado, para cada uma das especialidades, um número de vagas ofertadas por mês, que pudesse não somente acomodar a meta de consultas, estabelecidas anteriormente, mas também criar margem para a possibilidade de realização de novas consultas. Esses números foram estabelecidos de acordo com os padrões de atendimentos, processos de trabalho e estruturas das agendas dos profissionais. Essa perspectiva também foi utilizada para o indicador de nº 7, considerando o número total de pessoas atendidas pelas áreas especificadas.

Para os indicadores de nº 8 e 9, foi observado diretrizes do Ministério da Saúde em observância ao tratamento contínuo da diabetes e da hipertensão. Nesse sentido, foi utilizada a definição da meta para cuidados dessas comorbidades em específico, suas diretrizes sobre trocas de medicação e outros aspectos inerentes a essas doenças.

Com os indicadores de nº 10 e 11, foi conversado com a equipe para entender quais parâmetros seguir, em função da dificuldade de, em muitos casos, realizar o controle de comorbidades como a diabetes e a hipertensão. Logo, a meta foi traçada entendendo a realidade dos usuários e da vivência dos profissionais da instituição. E, nesse mesmo sentido, foram delineadas as metas dos indicadores de nº 12, 13 e 14, dando ênfase à visão dos profissionais sobre a realidade de atendimentos às gestantes, coleta de material para exames citopatológicos e de usuários com mamografia registrada. Especificamente para o indicador de nº 12, foram colocadas duas metas específicas: uma considerando pelo menos seis consultas durante o

período gestacional e outra considerando as usuárias que cumpriram os retornos acordados com o profissional que lhes atendem.

Para o indicador de nº 15, foram observadas a série de atendimentos de usuários de zero a nove anos, e foi feita uma média dos últimos 12 meses desses atendimentos específicos.

Em relação ao indicador de nº 16, é importante notar que, apesar de o indicado ser o aleitamento exclusivo durante os seis primeiros meses de vida do recém-nascido, aqui foi utilizado o período de quatro meses devido a esse ser o tempo de duração da licença maternidade, prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Neste indicador, foi colocado uma meta de 80% de usuários seguindo essa direção, consolidada por meio de conversa com os profissionais envolvidos e previsão dos números de atendimento dessa população específica.

Para o indicador de nº 17, foi indicada uma porcentagem máxima aceitável relativa ao número de consultas realizadas durante o mês. Portanto, com esse dado, seria calculado mensalmente o número máximo de encaminhamentos possíveis e seria observado se o número de encaminhamentos efetivos realizados durante o mês ficou dentro do parâmetro ou não.

Para o indicador de nº 18, foi feita uma média dos últimos 12 meses de atendimento em relação às primeiras consultas odontológicas. Além disso, foi realizada uma checagem com os profissionais para identificação do que poderia ser considerado uma meta adequada, de acordo com o nível de entrada de novos usuários para atendimento odontológico.

Para o indicador de nº 19, foi importante verificar qual seria o parâmetro de correspondência das primeiras vezes com os termos de tratamento odontológico. Nesse sentido, foi observado com os profissionais, e com auxílio dos históricos de atendimento, que, para disponibilização de mais vagas para primeiras consultas, seria necessária uma determinada cota de termos de tratamento, para que fosse possível uma nivelção de disponibilidade de vagas com demanda para atendimento.

E, com o indicador de nº 20, utilizou-se como meta o padrão adotado pelo Ministério da Saúde, em relação às políticas de atenção à saúde bucal, e os parâmetros para realização de exodontias pareadas com os demais procedimentos odontológicos.

Neste momento ainda, foi importante frisar e descrever quais ações serão promovidas caso os indicadores não alcancem as metas estabelecidas. Nesse sentido, com o não atingimento da meta por um determinado indicador, será tratado esse fato como um problema e será aberto um plano de ação.

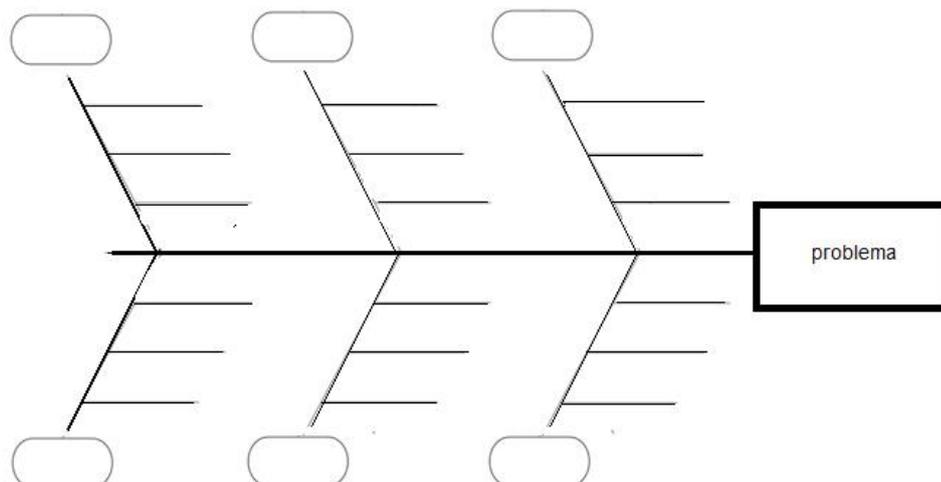
Em um primeiro momento, serão levantadas as causas que ocasionaram o indicador a não alcançar a meta, por meio de uma análise de causa raiz. E, uma vez levantadas as causas do não alcance das metas propostas, serão traçados planos de intervenção para cada indicador específico cuja meta não foi atingida.

A análise causa raiz é um processo idealizado para uso investigativo, que irá auxiliar a encontrar e categorizar a raiz da causa, ou seja, o que efetivamente está causando eventos relacionados à qualidade, segurança, meio ambiente, saúde e confiabilidade. Esse método especificamente ajuda a expor o que, como e por que uma situação ocorreu, dando os subsídios necessários para os gestores de organização possam entender onde determinado processo está inadequado e tomar as medidas necessárias para reverter tal situação (ROONEY; HEUVEL, 2004).

Dentre os métodos de análise causa raiz existentes, selecionou-se o Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido como Diagrama de Ishikawa ou diagrama espinha de peixe. Esse método foi inventado por Kaoru Ishikawa, que foi pioneiro em técnicas de gestão de qualidade no Japão na década de 1960 (WONG, 2011).

Seu uso se dá por meio de um *template* de um diagrama, em formato de uma espinha de peixe, cuja extremidade, nesse caso a “cabeça”, representa o problema ou situação principal a qual se quer avaliar. Suas causas em potencial, as quais se querem descobrir, são alocadas nos vértices da estrutura do diagrama, as “espinhas” (WONG, 2011). A figura 7 ilustra um exemplo do Diagrama de Ishikawa para descobrimento de causas para uma doença específica:

Figura 7 – Exemplo de Diagrama de Ishikawa



**Fonte:** Google Imagens, 2023.

Como pode-se perceber pela figura, as causas são divididas entre grupos comuns, que são utilizados para organizá-las. Não existe limite de número de grupos, portanto cada diagrama pode relacionar quantos forem necessários, dependendo das especificidades de cada situação. Também é possível perceber a existência de sub-causas, dependendo do tipo de problema, para que todas as relações das causas em potencial do problema apresentado (WONG, 2011).

Foi proposto que, em caso de não atingimento das metas, esse processo seja realizado por um profissional da administração, juntamente com um profissional da área à qual o indicador se relaciona. Cada causa, após avaliada sua relevância, será catalogada dentro de um grupo geral, sendo montado, assim, o diagrama completo, com a situação-problema, os grupos gerais, as causas específicas que podem ter gerado a situação-problema e suas eventuais sub-causas, caso sejam identificadas alguma.

Tendo as causas do porquê determinados indicadores não foram de encontro à meta, se torna necessário a instituição de planos de intervenção, para que seja possível estabelecer ações corretivas aos motivos do não atingimento dos objetivos propostos. E, para traçar esses planos de intervenção, será utilizada a ferramenta 5W2H.

O 5W2H é uma ferramenta que, ao mesmo tempo em que apresenta uma simplicidade e disponibilidade para qualquer problema e setor de uma organização, também representa um método de resolução de situações consideradas problemáticas (MARIANI, 2005). Os 5W representam as seguintes palavras da língua inglesa: *what*

(o que fazer); *where* (onde); *why* (por quê); *when* (quando); *who* (quem). Os 2H representam: *how* (como) e *how much* (quanto custa). Essas palavras são aplicadas dentro do método para construção de uma abordagem de determinada situação ou problema, visando simplificar e facilitar a criação de um plano para aprimoramento do que foi observado, melhorando assim a efetividade das operações executadas pela organização (NAGYOVA; PALKO; PACAIOVA, 2015).

Nesse sentido, após serem determinadas as causas de não atingimento das metas por parte dos indicadores, foi proposta a construção de uma tabela identificando cada uma das perguntas do método 5W2H, para que sejam descritas suas respostas com base no que pode ser feito para remediação do problema encontrado, para cada uma das causas. O quadro a seguir identifica a construção de um plano por meio desse método:

Quadro 9 – Representação de plano de ação construído por meio do método 5W2H, Vila Velha-ES/BRA, 2023

O que fazer (what)	Onde (where)	Por quê (why)	Quando (when)	Quem (who)	Como (how)	Quanto custa (how much)
O que pode ser feito para remediar essa causa?	Onde essa solução deve ser aplicada?	Por que essa solução deve ser aplicada?	Quando é o momento ideal para início da aplicação dessa solução?	Quem deve aplicar essa solução para que o problema seja remediado de forma correta?	Como essa solução deve ser aplicada? Qual a melhor forma de colocá-la em prática?	Quanto irá custar para que essa solução seja efetivada?

Fonte: próprio autor, 2023.

Dadas as respostas para cada um dos questionamentos do quadro 9, um plano de intervenção haverá sido construído, contendo as premissas básicas de como as causas do não atingimento das metas por parte de determinado indicador pode ser abordadas e remediadas.

#### 4.1.7 Passo 7: Definição dos responsáveis pela apuração dos indicadores

Os responsáveis pela apuração dos indicadores foram definidos de acordo com a facilidade e comodidade de retirada dos relatórios e compilação dos dados. Nesse sentido, foram escolhidos os setores que organizariam os dados de forma mais simples e concisa, sem prejudicar seus processos de trabalho.

Todos os indicadores, com exceção dos de nº 12, 14 e 16, foram direcionados para o setor da administração para realização da apuração. Isso se dá pela característica de gerência da instituição por parte do setor da administração, oportunizando a compilação desses dados de ser realizada de forma mais objetiva e direta.

Com relação aos indicadores de nº 12, 14 e 16, foi direcionado para a enfermagem para coleta dos dados. Foi pensado dessa forma considerando que o acompanhamento dos pré-natais, realização de mamografias e acompanhamento da exclusividade do aleitamento materno em recém-nascidos deve ser feito com maior proximidade dos profissionais e usuários, a fim de evitar erros de registro e possíveis cálculos equivocados.

#### **4.1.8 Passo 8: Definição da forma de coleta de dados**

Para a coleta de dados, foi definido o uso do sistema de prontuário eletrônico interno da organização como método principal de geração de relatórios contendo as informações necessárias para cálculo de cada indicador. Todos os indicadores, com exceção do de nº 1, tiveram definidos a obtenção de seus dados por meio dos registros pelo sistema de prontuário eletrônico interno. Isso ocorreu devido à confiabilidade e facilidade de extração de dados por meio de relatórios do sistema, conciliando a necessidade dos profissionais de registrarem corretamente suas produções e o poder de processamento e compilação de dados do respectivo sistema.

E para o indicador de nº 1, foi definido que cada usuário, após o término de sua consulta, marcaria em um questionário simples se sua consulta foi satisfatória ou não. Em seguida o usuário depositaria esse questionário em uma urna, localizada no setor em que foi atendido, que, ao final de cada mês, seria aberta e avaliada as respostas.

Toda a compilação dos indicadores, suas formas de cálculo, metas, responsáveis e formas de coleta de dados podem ser observadas no quadro a seguir:

Quadro 10 – Indicadores e suas respectivas fórmulas de cálculo, metas, responsáveis e forma de coleta de dados, Vila Velha-ES/BRA, 2023

Nº Identificador	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Responsáveis	Forma de Coleta de Dados
1	Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados	$= \frac{(\text{n}^\circ \text{ satisfatórios})}{(\text{n}^\circ \text{ total de avaliações})} \times 100$	Meta: 80% de satisfação	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Preenchimento de questionário simples informando se a consulta foi satisfatória ou não e depósito deste questionário em uma urna. Após o período, urna é aberta e se avalia o número de satisfatórios e não satisfatórios
2	Nível de absenteísmo	$= \frac{(\text{n}^\circ \text{ faltas})}{(\text{n}^\circ \text{ consultas marcadas})} \times 100$	Meta: 5%	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro das consultas marcadas e faltas automático pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
3	Número de consultas médicas realizadas	$= (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Médico 01}) + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Médico 02}) + \dots + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Médico n})$	Meta: 400 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
4	Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem	$= (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Enfermeiro 01}) + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Enfermeiro 02}) + \dots + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Enfermeiro n})$	Meta: 170 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
5	Número de consultas odontológicas realizadas	$= (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Dentista 01}) + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Dentista 02}) + \dots + (\text{n}^\circ \text{ consultas realizadas por Dentista n})$	Meta: 390 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
6	Número de consultas ofertadas	$= (\text{n}^\circ \text{ consultas ofertadas por Médico 01}) + (\text{n}^\circ \text{ consultas ofertadas por Médico n})$	Meta Medicina: 600 consultas mensais	1 profissional Setor: administração	Registro das consultas ofertadas automático pelo

		<p>ofertadas por Médico 02) + ... + (nº consultas ofertadas por Médico n)</p> <p>= (nº consultas ofertadas por Enfermeiro 01) + (nº consultas ofertadas por Enfermeiro 02) + ... + (nº consultas ofertadas por Enfermeiro n)</p> <p>= (nº consultas ofertadas por Dentista 01) + (nº consultas ofertadas por Dentista 02) + ... + (nº consultas ofertadas por Dentista n)</p>	<p>Meta Enfermagem: 200 mensais</p> <p>Meta Odontologia: 450 mensais</p>	<p>Periodicidade: mensal</p>	<p>sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais</p>
7	Número de pessoas diferentes atendidas	<p>= usuários atendidos por médicos</p> <p>= usuários atendidos por enfermeiros</p> <p>= usuários atendidos por dentistas</p>	<p>Meta Medicina: 350 usuários mensais</p> <p>Meta Enfermagem: 120 usuários mensais</p> <p>Meta Odontologia: 280 usuários mensais</p>	<p>1 profissional</p> <p>Setor: administração</p> <p>Periodicidade: mensal</p>	<p>Registro dos usuários atendidos automático pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais</p>
8	Média de atendimentos diabético	<p>= (nº atendimentos realizados para diabéticos relacionados à diabetes) / (nº de diabéticos atendidos)</p>	<p>Meta: 2 atendimentos/ano</p>	<p>1 profissional</p> <p>Setor: administração</p> <p>Periodicidade: anual</p>	<p>Registro dos atendimentos com CID-10 para diabetes pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno e cadastro de condição "diabetes" em todos os usuários diabéticos pela equipe de enfermagem e retirada de relatórios mensais e computação anual</p>
9	Média de atendimentos hipertenso	<p>= (nº atendimentos realizados para hipertensos relacionados à</p>	<p>Meta: 2 atendimentos/ano</p>	<p>1 profissional</p> <p>Setor: administração</p> <p>Periodicidade: anual</p>	<p>Registro dos atendimentos com CID-10 para hipertensão pelos profissionais no</p>

		hipertensão) / (nº de hipertensos atendidos)			sistema de prontuário eletrônico interno e cadastro de condição "hipertensão" em todos os usuários hipertensos pela equipe de enfermagem e retirada de relatórios mensais e computação anual
10	Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c<8,0%)	$= \frac{((\text{usuários com HbA1c} < 8,0\%))}{(\text{total de usuários diabéticos})} \times (100)$	Meta: 50%	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro de código "Diabetes Controlada" no sistema de prontuário eletrônico interno em pacientes com essa característica e cadastro de condição "diabetes" em todos os usuários diabéticos pela equipe de enfermagem e retirada de relatórios mensais
11	Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA<140/90mmHg)	$= \frac{((\text{usuários com PA} < 140/90\text{mmHg}))}{(\text{total de usuários diabéticos})} \times (100)$	Meta: 50%	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro de código "Hipertensão Controlada" no sistema de prontuário eletrônico interno em pacientes com essa característica e cadastro de condição "hipertensão" em todos os usuários hipertensos pela equipe de enfermagem e retirada de relatórios mensais
12	Proporção de gestantes com pré-natal em dia	$= \frac{((\text{gestantes com pré-natal em dia}))}{(\text{total de gestantes})} \times (100)$	Meta 1 – Seis consultas realizadas durante o período gestacional: 90%  Meta 2 – Cumprimento de	1 profissional Setor: enfermagem Periodicidade: mensal	Registro das consultas de pré-natal pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno e cadastro da condição

			todos os retornos acordados com o profissional responsável: 70%		“Gestante” em todas as usuárias gestantes e retirada de relatórios mensais
13	Número de exames citopatológicos coletados em mulheres entre 25-64 anos	= nº exames citopatológicos coletados pela equipe médica e de enfermagem em mulheres entre 25-64 anos	Meta: 35 exames mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro do procedimento pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
14	Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos dois anos	= ((mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos dois anos) / (total de mulheres entre os 50- 69 anos)) x (100)	Meta: 50%	1 profissional Setor: enfermagem Periodicidade: mensal	Registro de mamografia registrada pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais contendo esse número
15	Média de consultas puericultura/criança	= nº de consultas de puericultura e de crianças (0-9 anos) realizadas pela equipe médica e de enfermagem	Meta: 60 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
16	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	= ((crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo) / (total de crianças menores de quatro meses)) x (100)	Meta: 80%	1 profissional Setor: enfermagem Periodicidade: mensal	Registro de código “Aleitamento Exclusivo” pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno em usuários com até quatro meses com essa característica e retirada de relatórios mensais
17	Número de solicitações de consultas médicas especializadas	= total de encaminhamentos realizados para a atenção especializada	Meta: ≤ 20% do total de consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Realização dos encaminhamentos para a atenção especializada pelos profissionais no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada desse número por meio de relatório mensal

18	Número de primeiras consultas odontológicas realizadas	$= \frac{\text{total de primeiras consultas odontológicas realizadas no setor odontológico}}{\text{total de primeiras consultas odontológicas realizadas no setor odontológico}}$	Meta: 40 primeiras consultas odontológicas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro de primeira consulta pelo profissional da odontologia no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatório mensal desse número
19	Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas	$= \frac{\text{(nº tratamentos concluídos)}}{\text{(nº primeiras consultas programáticas)}}$	Meta: 0,5	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro do tratamento concluído e das primeiras consultas pelo profissional da odontologia no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais com esses números
20	Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos	$= \frac{\text{((total de exodontias realizadas (excluindo de terceiro molar)) / (total do restante de procedimentos))}}{100} \times 100$	Meta: 8%	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro dos procedimentos pelos profissionais de odontologia no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais com esses números

Fonte: próprio autor, 2023.

#### 4.1.9 Passo 9: Avaliação final dos indicadores

Foi realizada a distribuição dos pesos na avaliação de cada um dos 20 indicadores propostos até aqui. O peso total (PT) do juiz de validação 1 (PT1) representa a nota dada pelo responsável técnico da área médica; o PT do juiz de validação 2 (PT2) representa a nota dada pelo responsável técnico da área da enfermagem; o PT do juiz de validação 3 (PT3) representa a nota dada pelo responsável técnico da área odontológica; o PT do juiz de validação 4 (PT4) representa a nota dada pelo gerente da instituição; e o PT do juiz de validação 5 (PT5) representa a nota dada pelo presidente da diretoria da instituição.

Foi realizada uma apresentação e explicado para cada um dos juízes a importância de tal processo, assim como o que se esperava de cada avaliação. Cada um dos sete critérios avaliados foi minuciosamente detalhado, para que cada juiz pudesse entender da melhor forma possível o objetivo desses fundamentos apreciados.

Compilou-se os resultados das avaliações dos juízes e foi calculado o Peso Ponderado Total Geral (PTG), que representa a classificação final dos indicadores em relação às suas avaliações. Pode-se observar os resultados obtidos compilados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Compilação dos PTs e PTG final de cada indicador, Vila Velha-ES/BRA, 2023

<b>Nº Identificador</b>	<b>Indicador</b>	<b>PT1<sup>1</sup></b>	<b>PT2<sup>2</sup></b>	<b>PT3<sup>3</sup></b>	<b>PT4<sup>4</sup></b>	<b>PT5<sup>5</sup></b>	<b>PTG<sup>6</sup></b>
1	Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados	4,43	4,29	5,00	4,29	4,29	4,46
2	Nível de absenteísmo	4,71	5,00	5,00	3,86	4,86	4,69
3	Número de consultas médicas realizadas	5,00	3,70	5,00	5,00	5,00	4,74
4	Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem	5,00	3,71	5,00	5,00	5,00	4,74
5	Número de consultas odontológicas realizadas	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
6	Número de consultas ofertadas	5,00	4,14	5,00	5,00	4,57	4,74
7	Número de pessoas diferentes atendidas	4,43	4,43	4,29	5,00	5,00	4,63
8	Média de atendimentos por diabético	4,71	4,71	4,71	2,71	4,29	4,23
9	Média de atendimentos por hipertenso	5,00	4,71	5,00	2,57	4,29	4,31

10	Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c<8,0%)	5,00	5,00	5,00	2,57	4,71	4,46
11	Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA<140/90mmHg)	5,00	5,00	5,00	2,57	4,71	4,46
12	Proporção de gestantes com pré-natal em dia	5,00	5,00	5,00	2,57	3,86	4,29
13	Número de exames citopatológicos (CPs) coletados em mulheres entre 25-64 anos	4,29	5,00	5,00	2,57	4,14	4,20
14	Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	5,00	5,00	5,00	2,57	4,14	4,34
15	Média de consultas puericultura/criança	5,00	5,00	5,00	2,71	5,00	4,54
16	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	4,86	5,00	4,86	2,71	3,71	4,23
17	Número de solicitações de consultas médicas especializadas	3,71	4,29	5,00	4,43	4,71	4,43
18	Número de primeiras consultas odontológicas realizadas	4,00	4,71	5,00	5,00	4,57	4,66
19	Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas	4,71	5,00	4,29	5,00	3,71	4,54
20	Porcentagem de exodontias em	5,00	5,00	5,00	3,43	4,43	4,57

relação aos  
procedimentos

---

Fonte: próprio autor, 2023.

- (1) Nota dada pelo juiz de validação 1: responsável técnico da área médica.
- (2) Nota dada pelo juiz de validação 2: responsável técnico da área de enfermagem.
- (3) Nota dada pelo juiz de validação 3: responsável técnico da área de odontologia.
- (4) Nota dada pelo juiz de validação 4: gerente da instituição.
- (5) Nota dada pelo juiz de validação 5: presidente da diretoria da instituição.
- (6) Peso Ponderado Total Geral.

#### **4.1.10 Passo 10: Estabelecimento dos indicadores finais**

Após finalização das avaliações dos indicadores, foi estabelecido, por meio dos PTGs, o sistema de nove indicadores a ser proposto.

Todos os indicadores obtiveram um PTG maior do que o mínimo requerido, de 80% do PT máximo (PT = 4). Logo, nenhum indicador precisou ser eliminado do processo avaliatório.

Dois indicadores, empatados em sua classificação na posição de número nove, precisaram ser avaliados novamente, para que um pudesse se encaixar na nona posição e finalizar o sistema de indicadores. Essa nova avaliação foi realizada pelo presidente da diretoria da instituição, que optou pelo indicador “Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas”. Sua decisão foi embasada no fato desse indicador possibilitar a identificação de uma gama mais ampla de situações do que o outro indicador empatado, “Média de consultas puericultura/criança”. Além disso, segundo sua avaliação, o setor odontológico, o qual o indicador final escolhido representa, carece de maior averiguação, principalmente quando considerado que o dispêndio de recursos nesse projeto específico é o de maior volume da instituição.

Os indicadores estão listados no quadro 11, de acordo com suas respectivas classificações finais:

Tabela 2 – Indicadores finais estabelecidos de acordo com sua ordem de classificação, Vila Velha-ES/BRA, 2023

<b>Indicador</b>	<b>PTG<sup>1</sup></b>
Número de consultas odontológicas realizadas	5,00
Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem	4,74
Número de consultas médicas realizadas	4,74
Número de consultas ofertadas	4,74
Nível de absenteísmo	4,69
Número de primeiras consultas odontológicas realizadas	4,66
Número de pessoas diferentes atendidas	4,63
Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos	4,57
Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas	4,54

Fonte: próprio autor, 2023.

(1) Peso Total Geral

Vale destacar que, concomitante ao décimo passo, foi importante salientar a necessidade de realização de um processo de auditoria de base para os dados que compõem os indicadores criados. A auditoria no setor da saúde especificamente toma lugar de destaque, tanto dentre os setores público e privado.

No que compete à auditoria da composição dos indicadores, aos dados que serão utilizados, suas fórmulas e sua composição em geral, observou-se a necessidade de realização dessas averiguações de acordo com cada especificidade dos indicadores de qualidade escolhidos. Essa decisão vem de encontro com os diversos eventos e acontecimentos que podem impactar as atividades organizacionais da instituição, como mudanças no planejamento estratégico e alterações nos processos de trabalho das áreas as quais impactam o uso dos indicadores. Logo, esse processo de auditoria precisará ser estudado a partir do possível início do uso do sistema de indicadores, para verificação das reais necessidades de revisão periódicas.

Logo, após a classificação final, foi estabelecido o sistema a ser proposto para a instituição, contando com os nove indicadores validados, seus objetivos de mensuração, FCS, fórmulas de cálculo, metas, responsáveis e forma de coleta de dados. O quadro 12 sintetiza o sistema de medição proposto:

Quadro 11 – Sistema de indicadores de qualidade proposto e seus componentes, Vila Velha-ES/BRA, 2023

Indicador	Objetivo de Mensuração	Fatores Críticos de Sucesso (FCS)	Fórmula de Cálculo	Meta	Responsáveis	Forma de Coleta de Dados
Número de consultas odontológicas realizadas	Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área odontológica, e qual a efetivação desse serviço no caráter do número de consultas.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas odontológicas aos usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>	= (nº consultas realizadas por Dentista 01) + (nº consultas realizadas por Dentista 02) + ... + (nº consultas realizadas por Dentista n)	Meta: 390 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem	Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área da enfermagem, e qual a efetivação desse serviço no caráter do número de consultas.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas de enfermagem aos usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a</p>	= (nº consultas realizadas por Enfermeiro 01) + (nº consultas realizadas por Enfermeiro 02) + ... + (nº consultas realizadas por Enfermeiro n)	Meta: 170 consultas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de

		<p>chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>				relatórios mensais
Número de consultas médicas realizadas	<p>Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área médica, e qual a efetivação desse serviço no caráter do número de consultas.</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização e efetivação de consultas médicas aos usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas efetuadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado da produção deste setor, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a produção do setor, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>	<p>= (nº consultas realizadas por Médico 01) + (nº consultas realizadas por Médico 02) + ... + (nº consultas realizadas por Médico n)</p>	<p>Meta: 400 consultas mensais</p>	<p>1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal</p>	<p>Registro da realização das consultas pelos profissionais pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais</p>
Número de consultas ofertadas	<p>Perceber qual o poder de alcance da instituição no que tange à oferta de consultas médicas,</p>	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização de consultas odontológicas aos usuários, provendo o acesso necessário a eles.</p>	<p>= (nº consultas ofertadas por Médico 01) + (nº consultas ofertadas por Médico 02) + ... +</p>	<p>Meta Medicina: 600 consultas mensais</p>	<p>1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal</p>	<p>Registro das consultas ofertadas automático pelo sistema de prontuário</p>

	odontológicas e de enfermagem, e se existe um gargalo nesta oferta quando considerado o número de usuários em potencial de utilização.	<p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível as consultas ofertadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do acesso oferecido aos usuários, observando se a oferta da instituição está condizente com a demanda externa observada, com a chance de definição de novos parâmetros de trabalho, que possam ocasionar numa maior disponibilidade dos profissionais para atendimento aos usuários.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre a relação de oferta e demanda da organização, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>	<p>(nº consultas ofertadas por Médico n)</p> <p>= (nº consultas ofertadas por Enfermeiro 01) + (nº consultas ofertadas por Enfermeiro 02) + ... + (nº consultas ofertadas por Enfermeiro n)</p> <p>= (nº consultas ofertadas por Dentista 01) + (nº consultas ofertadas por Dentista 02) + ... + (nº consultas ofertadas por Dentista n)</p>	<p>Meta Enfermagem: 200 mensais</p> <p>Meta Odontologia: 450 mensais</p>		<p>eletrônico interno e retirada de relatórios mensais</p>
Nível de absenteísmo	Observar qual o nível de ausência do usuário nas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, entendendo se existe uma taxa de faltas muito alta ou não.	<p><b>Motivação:</b> representa uma forma de averiguação do comportamento dos usuários perante suas consultas marcadas, oferecendo oportunidades para a organização de identificar comportamentos e remediar possíveis situações que ocasionem os usuários a faltarem.</p> <p><b>Essencial:</b> observar e calcular as ausências dos usuários perante as consultas marcadas, e possibilitar que essa observação seja feita de forma crítica.</p> <p><b>Benefícios:</b> auxílio à gestão para definição de processos que colaborem para que os usuários</p>	<p>= ((nº faltas) / (nº consultas marcadas)) x (100)</p>	<p>Meta: 5%</p>	<p>1 profissional</p> <p>Setor: administração</p> <p>Periodicidade: mensal</p>	<p>Registro das consultas marcadas e faltas automático pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais</p>

		<p>não percam suas consultas agendadas, evitando, assim, que fiquem desassistidos.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> possibilidade de usuários faltarem com cada vez mais frequência, sem o registro e observância corretos, sendo, assim, desperdício de recursos humanos, financeiros e estruturais da instituição.</p>				
Número de primeiras consultas odontológicas realizadas	<p>Entender qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários na área odontológica, por meio da disponibilização de consultas para criação de plano e início de tratamento.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilitar a mensuração da eficácia da organização na provisão do acesso ao tratamento odontológico para os usuários.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de mensurar com maior exatidão possível o número de primeiras consultas odontológicas efetivadas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de agir em sua política de acesso ao tratamento odontológico, no caso de necessidade de melhora, identificar formas de aumentar este acesso com a equipe e os usuários e, em caso de níveis bons, formas de cristalizar construir em cima da política já implantada</p> <p><b>Impactos negativos:</b> impossibilidade de avaliar se a organização tem parâmetros aceitáveis no que tange ao acesso ao tratamento odontológico para os usuários, correndo o risco de manter níveis insatisfatórios nesse quesito.</p>	= total de primeiras consultas odontológicas realizadas no setor odontológico	Meta: 40 primeiras consultas odontológicas mensais	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro de primeira consulta pelo profissional da odontologia no sistema de prontuário eletrônico e retirada de relatório mensal desse número

Número de pessoas diferentes atendidas	Mensurar qual o poder de alcance da instituição no que tange ao atendimento aos usuários nas áreas médica, odontológica e de enfermagem, e qual a efetivação desse serviço no caráter de usuários individuais efetivamente atendidos.	<p><b>Motivação:</b> oportunidade de entender a eficácia da instituição em relação à disponibilização de consultas aos usuários, mas entendendo seu alcance por cada usuário individual contabilizado.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível os usuários diferentes atendidos pela instituição.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da gestão de avaliar o estado do acesso oferecido aos usuários, observando se a oferta da instituição está condizente com a demanda externa observada, em especial se a organização está conseguindo expandir seus serviços para o maior número de utentes possível, para que mais pessoas possam receber seus serviços.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver parâmetros de avaliação sobre o real alcance da instituição na comunidade, impossibilitando mensurações de eficácia, efetividade e custo-benefício dos processos de trabalho.</p>	<p>= usuários atendidos por médicos</p> <p>= usuários atendidos por enfermeiros</p> <p>= usuários atendidos por dentistas</p>	<p>Meta Medicina: 350 usuários mensais</p> <p>Meta Enfermagem: 120 usuários mensais</p> <p>Meta Odontologia: 280 usuários mensais</p>	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro dos usuários atendidos automático pelo sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de relatórios mensais
Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos	Entender qual está sendo a proporção de procedimento mutilador (exodontia) em relação aos restauradores (demais procedimentos), para estabelecer	<p><b>Motivação:</b> auxilia na mensuração da qualidade do tratamento odontológico, na expectativa de que procedimentos restauradores e preventivos sejam mais predominantes do que procedimentos de caráter mutilador.</p> <p><b>Essencial:</b> descrição, mensuração e avaliação dos diferentes</p>	$= \frac{\text{((total de exodontias realizadas (excluindo de terceiro molar)) / (total do restante de procedimentos))} \times 100}{100}$	Meta: 8%	1 profissional Setor: administração Periodicidade: mensal	Registro dos procedimentos pelos profissionais de odontologia no sistema de prontuário eletrônico interno e retirada de

	<p>como a instituição provê acesso a cada uma dessas linhas de tratamento.</p>	<p>procedimentos caracterizados como restauradores e mutiladores para compilação.</p> <p><b>Benefícios:</b> avaliar se a gestão investe no setor em seus recursos humanos, equipamentos e estrutura para adaptação a práticas preventivas e restauradoras, e se os usuários alcançam esse serviço em tempo suficientemente hábil para realização de um tratamento mais conservador.</p> <p><b>Impactos negativos:</b> impossibilidade de entender os efeitos do serviço empregado por esse setor, especialmente no que tange às consequências causadas para o usuário na empregabilidade de uma estratégia possivelmente menos conservadora em seu tratamento.</p>				<p>relatórios mensais com esses números</p>
<p>Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas</p>	<p>Avaliar se a instituição está sendo eficaz no tratamento odontológico completo do usuário, caracterizado pela comparação dos tratamentos concluídos perante o número de primeiras consultas programáticas.</p>	<p><b>Motivação:</b> possibilitar a compreensão em que taxa o usuário inicia e finaliza o tratamento odontológico, e a eficácia da instituição neste processo.</p> <p><b>Essencial:</b> meio de estimar com maior exatidão possível o número de usuários com tratamento concluído e o número de primeiras consultas odontológicas programáticas.</p> <p><b>Benefícios:</b> oportunidade da instituição de compreender se os usuários estão finalizando os tratamentos odontológicos iniciados, possibilitando a identificação e mudança de</p>				

		<p>possíveis gargalos no caso desse indicador não estar atingindo os níveis esperados</p> <p><b>Impactos negativos:</b> não haver avaliação crítica do número de usuários que estão finalizando o tratamento, impedindo a ação da organização no sentido de aperfeiçoar esse aspecto, impactando diretamente na qualidade de vida do usuário.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fonte: próprio autor, 2023.

## 5 DISCUSSÃO

A área da atenção à saúde representa um sistema de grande complexidade, que, da mesma forma que supre necessidades as básicas e essenciais da população, necessita de formas de avaliações estruturadas baseadas em dados factíveis. Nesse sentido, é possível verificar que os indicadores de qualidade representam uma forma de aferição e classificação das condições dos serviços providos, considerando visões da gestão, equipe profissional e, sobretudo, dos utentes em si.

O presente estudo reforçou a ideia de que os indicadores de qualidade representam um alicerce de grande valia na área de avaliação e monitoramento da qualidade. Observou-se como esse sistema de aferição é contemplado e aplicado em outros campos e em como eles podem ser apresentados de forma prática para uma organização cujos serviços podem se beneficiar desse processo.

Considerando essa perspectiva, o local de destaque do usuário dentro do universo dos sistemas de saúde pode ser observado quando considerado que “nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados” foi o indicador que mais foi avaliado nos estudos. Esse fato reforça a importância desse tipo de avaliação, em especial quando enfatiza a experiência do paciente. O olhar do usuário proporciona maior sensibilidade em relação ao nível e à excelência da assistência oferecido pelas equipes, pelos procedimentos realizados e pela estrutura em geral (MARTINS; FRUTUOSO, 2017; CERVILHERI et al., 2020; ALMEIDA; GÓIS, 2020).

Ainda nesse sentido, torna-se expressiva essa discussão quando considerado o deslocamento da ideia do cuidado singularmente biomédico para a de um cuidado centrado no usuário (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Esse modelo de trabalho pondera as individualidades e características únicas de cada usuário, o contexto no qual está inserido e suas condições gerais para a prática da melhor atenção possível, fixando o foco do cuidado no paciente e estabelecendo uma parceria com sua equipe profissional, sendo ele e todas as suas nuances o ponto de partida e o centro do tratamento a ser recebido (FERLA et al., 2022; GROVER et al., 2022; BOKHOUR et al., 2018)

Os indicadores encontrados, em especial ao que tangem na temática “Atendimentos por Profissional de Saúde”, que reportou o maior quantitativo, auxiliam a identificar o

estado do sistema de saúde, e como a atenção ao usuário está sendo conduzida de maneira geral (ARAÚJO; MACHADO, 2018).

Todas as temáticas apresentadas possuem relação intrínseca com a manutenção da saúde pública, em especial à busca pela excelência na provisão de serviços essenciais à população. Áreas como atenção odontológica (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; DO AMARAL JUNIOR et al., 2020); saúde da mulher e puerperal (LIVRAMENTO et al., 2019; SILVA; AOYAMA, 2020); saúde da criança (BRANQUINHO; LANZA, 2018; SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020) e acesso e cobertura (PINTO; GIOVANELLA, 2018; VIACAVA et al., 2018) representam oportunidades para que, havendo a correta avaliação das ações nessas áreas, os ganhos são revertidos para os cidadãos, que demandam primazia nesses serviços.

Vale destacar que o foco em áreas dessas características, de importância na saúde, em especial na saúde pública, impacta diretamente na qualidade de vida da população em geral. Mostra-se necessário um olhar diferenciado para ações que afetam as realidades dos cidadãos, para que seja possível uma melhor avaliação das condições de vida, moradia e vivência dos usuários, tudo isso impactando em sua saúde (RAMOS; RAMOS, 2021).

Nesse sentido, a relevância da avaliação de ações e políticas de vigilância epidemiológica afeta diretamente no estado de saúde de residentes das áreas urbana e rural (RESENDES et al., 2010; BARBOSA et al., 2017), assim como a associação das análises de indicadores vitais para o bem-estar populacional, como o de mortalidade infantil (RODRIGUES et al., 2014; TAVARES et al., 2016). O uso de indicadores para controle de doenças infectocontagiosas, assim como infecções sexualmente transmissíveis, representa também uma forma de regulação do estado de saúde populacional, assim como da proposta de estratégias de cuidado e prevenção (SANTOS et al., 2019; DUARTE et al., 2021; RAMOS; RAMOS, 2021; MORAES et al., 2022). E, ainda, torna-se foco de análise e avaliação as ações dispendidas pela atenção primária à saúde, no que tange à mensuração da sua capacidade de produzir mudanças na saúde da população, e identificação da efetividade e desempenho de um sistema de saúde como um todo (MAIA et al., 2019; CASTRO et al., 2020; SANTOS, 2022).

As “Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde” tomaram papel de destaque na pesquisa, considerando o número de indicadores reportados à essa temática. Isso pode ser explicado pela constante expressividade que as políticas de prevenção e promoção em saúde ganharam na sociedade contemporânea, no que tange ao seu papel de potencializar as oportunidades de ensinamentos de boas práticas de saúde para os usuários, e destacá-los como atores centrais na manutenção de sua saúde (FORTUNE et al., 2018).

A maior parte dos indicadores encontrados nessa seção se relacionam com o conceito de promoção em saúde descrito por Buss (2000), no qual entende-se que essa temática articula, de forma integrada, conceitos técnicos e ações populares, por meio da alocação de recursos, públicos e privados, para enfrentamento de doenças e enfermidades e suas resoluções. Assim como na promoção, também se associam os indicadores à prevenção em saúde, cuja principal premissa se apoia no estabelecimento de padrões e práticas de vida que afastam os riscos de desenvolvimento de doenças e enfermidades (ALWAN, 1997).

Nesse pressuposto, observa-se a ação dos indicadores de qualidade para direcionamento das práticas de saúde, uma vez que o estabelecimento de programas e políticas são de extremo valor para a melhoria das condições gerais de vida da população (BYDLOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011; LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018), e os resultados providos por indicadores de qualidade atuam justamente para esse direcionamento.

A educação em saúde se torna uma grande aliada nesse sentido. A partir do alinhamento de políticas de saúde a partir de métodos avaliativos integrados com painéis de indicadores de qualidade, torna-se possível o estabelecimento de práticas que auxiliem na transferência de informações e conhecimentos à população acerca das melhores formas de conduzir sua saúde, com a valorização da prevenção e promoção, assim como para profissionais e gestores trabalharem de forma mais contundente nesse aspecto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; FALKENBERG et al., 2014).

A própria ação da atenção primária remete a esse sentido, em que a promoção e prevenção se mostram características fundamentais em sua estrutura (KESSLER et al., 2015; BRANDAO; MILOCHI, 2021; SILVA et al., 2021). Nesse sentido, o

fortalecimento da atenção primária se torna um aspecto relevante nas formas de atenção à saúde, dado que esse primeiro nível de acesso, além de ser considerado o mais adequado à população em termos sociais e demográficos (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005), representa também a oportunidade de melhor dispêndio de recursos, dado a possibilidade de melhor gerência de serviços essenciais com maior qualidade, autonomia, flexibilidade, e com fornecedores eficientes (BANCO MUNDIAL, 2018; TASCA et al., 2020).

Portanto, o monitoramento adequado dos indicadores de prevenção e promoção, alinhados com as políticas de fortalecimento da atenção primária, se mostram de extrema valia, uma vez que, quanto maior e mais eficaz for a prevenção e a promoção em saúde, menor é a necessidade de transferência de demanda para a atenção secundária e terciária, aumentando a resolubilidade e otimizando o dispêndio de recursos, possibilitando uma melhor gestão da atenção ao usuário (STARFIELD, 2002; MENDES, 2009; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; COSTA et al., 2014; CONASS, 2015; LIMA et al., 2018).

Um exemplo de promoção em saúde são as medidas profiláticas em odontologia. A escovação supervisionada serve a título de exemplo, sendo associado a problemas bucais de extrema pertinência. A cárie dentária é um desses problemas, sendo uma doença prevalente que, afetando aproximadamente 90% da população mundial (DIAS et al., 2019). Observa-se uma correlação entre a conscientização das formas de higienização oral corretas e outras ações de prevenção odontológicas e o impacto dessas na incidência de problemas bucais (SENA et al., 2018; PAREDES et al., 2020), o que reflete a significância da adoção desses tipos de indicadores.

Políticas de saúde precisam ser postas em prática com o intuito de fomento da participação social na conscientização sobre o bem-estar. Os indicadores pautados na prevenção e promoção à saúde vem de encontro com correntes de integração do cuidado por meio da fusão da reabilitação, prevenção e promoção das ações na saúde do cidadão (ARAÚJO; MACHADO, 2018).

Além disso, observa-se a relação dessa com a temática do controle social, aspecto relevante da Constituição Federal de 1988, no qual a sociedade civil, e a população em geral, se tornam atores ativos na composição de políticas públicas e na atenção dos interesses comum a todos (CORREIA, 2006). Na área da saúde, essa nova

composição, que preza pela institucionalização da participação social, introduziu uma gama de Conselhos e Conferências, as quais representam a democratização das ações públicas para verificação, atuação e exercício da população em geral (COSTA; VIEIRA, 2013).

A saúde em si é institucionalizada como sendo um direito de cada cidadão, a ser provido pelo Estado, por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, art. 196). Essa premissa se torna ainda mais contundente quando considerado o modelo de atenção geral pelo Sistema Único de Saúde, com ações governamentais pautadas por diversos programas e iniciativas específicas para práticas de prevenção e promoção do à saúde, e consolidadas com diretrizes como a Política Nacional de Atenção Básica (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Portanto é possível verificar o destaque da área da promoção e proteção nesse sentido, e ainda mais da participação social e comunitária, uma das diretrizes principais do SUS na composição para ação dos serviços de saúde, assim como a descentralização e o atendimento integral, com foco para a prevenção em saúde (BRASIL, 1988). Isso posiciona em foco a necessidade real de explorar essa perspectiva, especialmente quando consideradas a difusão e fomento da Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família no contexto da saúde pública brasileira (MOLL et al., 2019; TESSER, 2020).

Diante do exposto, pode-se interpretar que os indicadores de qualidade possuem potencial de representar diversas áreas distintas na atenção à saúde ambulatorial. Seus resultados podem, de fato, acarretar análises relevantes para a manutenção dos serviços providos aos usuários e seu uso representa um avanço na utilização de meio para a avaliação na saúde.

O processo de construção dos indicadores ocorreu de forma a agregar as diferentes perspectivas da literatura científica com as nuances práticas de uma organização de atenção à saúde. Nesse sentido, o referencial utilizado para a construção de um painel de indicadores proveu os requisitos e informações necessárias para a criação de um painel cujo objetivo principal é a definição e alcance de metas e verificação contínua pela gestão responsável da estratégia organizacional proposta (BAHIA, 2021).

No que se refere aos diferentes métodos existentes para agregar as necessidades, estratégias e processos das organizações de forma geral, observa-se uma vasta gama de opções para escolha dos gestores. À exemplo, o *Tableau de Bord* é uma metodologia que agrega indicadores para acompanhamento de processos de trabalho, auxiliando na integração dos diversos níveis organizacionais de uma instituição e propondo ações corretivas para possíveis falhas existentes (EPSTEIN; MANZONI, 1998). O *Performance Prism* possui uma perspectiva voltada, à satisfação dos *stakeholders*, para realização do desenvolvimento de estratégias organizacionais (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001). E, ainda, com o *Balanced Scorecard*, existe a definição clara de quatro perspectivas para alinhamento das estratégias institucionais, sendo elas o financeiro, os clientes, os processos e a aprendizagem/crescimento, definindo-se objetivos estratégicos de forma balanceada que satisfaçam as aspirações organizacionais (KAPLAN; NORTON, 1997).

Entretanto, observou-se a necessidade de alinhar os objetivos organizacionais por meio de uma metodologia validada para serviços públicos, em congruência com a instituição estudada. Ainda mais relevante, o guia utilizado foi de extrema valia, uma vez que sua metodologia surgiu de um esforço contínuo da Administração Pública de qualificação de seus serviços providos à população e seus processos metodológicos foram ratificados pelo próprio Ministério da Saúde, órgão de referência para a organização estudada. Nesse sentido ainda, sua estruturação prevê, ao mesmo tempo, auxílio à tomada de decisão em níveis estratégicos, oferecendo *accountability* e transparência para as ações realizadas (BAHIA, 2021).

Essa última perspectiva foi bastante relevante, uma vez que as organizações do terceiro setor absorvem um papel de provisão de serviços públicos para os usuários da sociedade em geral (CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009; CABRAL, 2015; CARDOSO; MUELLER; MATUSIAK, 2019), e a necessidade de ações voltadas à transparência e *accountability* nesse âmbito são de extrema relevância social, financeira e jurídica (CARNEIRO; OLIVEIRA; TORRES, 2011; DALL'AGNOL et al., 2017; PEREIRA; FREIRE; CAMARA, 2017).

O envolvimento dos responsáveis técnicos das áreas em avaliação da instituição foi a oportunidade de desenvolvimento das perspectivas da gestão organizacional com as visões profissionais, uma vez que qualquer sistema de avaliação necessita de base

para ser construído, e conhecimentos vastos sobre o que irá ser aferido (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). Por serem as lideranças das equipes profissionais em ação no dia a dia, e possuírem as habilidades e competências para analisar os desafios enfrentados que poderiam ser beneficiados por uma avaliação mais objetiva (ALMEIDA et al., 2014), suas análises foram de extrema relevância para um estabelecimento sistêmico de mensuração por indicadores.

Nesse sentido, foi possível observar na validação dos indicadores como a distribuição dos pesos maior seguiu as áreas correspondentes de cada responsável técnico, nivelando também as avaliações feitas pela alta gestão. Tornou-se importante essa avaliação profissional junto da administração organizacional, em observância dos interesses desses *stakeholders* internos (ARAUJO et al., 2018) neste processo, e também considerando o papel fundamental que as referências técnicas possuem na liderança dos processos de trabalho, gestão e funcionamento das atividades da organização, seja em qualquer área ou segmento (AMESTOY, 2010; LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2010; FRANÇA; BIANCHETE, 2020; JÚNIOR et al., 2020).

A utilização de indicadores de resultado, que avaliam o produto final da atenção recebida (DONABEDIAN, 1988), se mostrou de cunho estratégico, além de ter sido evidente nos achados da revisão integrativa. Considerando a própria estrutura da organização em destaque, seu estágio no ciclo de vida da organização, seu porte relativamente pequeno, com pouca formalização, de estrutura simples e centralização de decisões (MILLER; FRIESEN, 1984), em que não há setor de qualidade responsável pela gestão desta temática, os indicadores de resultado especificamente se revelaram como os mais indicados para início de uma estruturação desse tipo de gestão de qualidade.

Essa perspectiva caracterizou a constante preocupação de uma avaliação mais direcionada da atenção à saúde provida, em especial para caracterizar e monitorar a performance e desempenho de determinado procedimento específico, as reações dos pacientes acerca do tratamento recebido e do estado geral do sistema de saúde em si (KHOSRAVI, 2022; MAES-CARBALLO et al., 2021; BÁO, 2019).

É importante ainda destacar a relevância desse tipo específico de indicador para o financiamento da saúde pública em geral. Métodos de avaliação voltados para indicadores de resultado e desempenho técnico que regem a forma de financiamento

e uso dos recursos para aplicação em serviços de saúde em estados e municípios (HARZHEIM et al., 2020; MASSUDA, 2020).

A construção dos indicadores deve seguir uma linha de produção, além da característica de resultado, de avaliações acerca da eficácia e efetividade das temáticas a serem medidas, assim como do serviço produzido e do impacto deste serviço através de sua atuação (ANDRADE et al., 2019; BAHIA, 2021). Tais características se mostram essenciais para a verificação final do nível de sucesso das ações do sistema de saúde, em especial para assegurar os padrões de trabalho e oferecimento de serviços, nivelando-se com a qualidade da atenção e estado da organização (DONABEDIAN, 1978; DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWIANSKI, 1982).

Quando considerados os nove indicadores validados ao final da metodologia, foi possível observar uma gama variada de temáticas, assuntos e referências reconhecidas para o sistema de indicadores. Considerando os indicadores relativos aos quantitativos dos números de consultas, torna-se importante analisá-los à luz de suas especificidades. Eles podem se tornar de grande valia, em especial porque fornecem informações sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde, seja associado a comorbidades, expansão de infraestruturas ou estratégia de aumento e consolidação da oferta dos serviços (NUNES et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019; TANAKA et al., 2019).

Nesse mesmo sentido, o indicador de número de consultas ofertadas segue essa linha de análise. Sua estruturação e aferição pode ser de extrema relevância para a quando se reflete sobre o acesso de uma população ao sistema de saúde, uma vez que ela representa também a oportunidade de alcance dos serviços de saúde, e a possibilidade de sua utilização apropriada (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; SILVA et al., 2017).

O uso desse indicador auxilia no monitoramento do estado da provisão dos serviços em um sistema de saúde, em especial quando estabelecida a dificuldade existente em muitos cenários de uma avaliação robusta no que tange ao acesso e à integralidade entregue ao usuário (PINTO et al., 2017). Ademais, sua utilização fomenta a comparação e observação crítica da relação entre a oferta de consultas e a procura e demanda por serviços, e em como essa relação pode prejudicar o

atendimento ao usuário (MURRAY; BERWICK, 2003) ou sobrecarregar as equipes e profissionais e o próprio sistema de saúde como um todo (SANT'ANA, 2017).

Em congruência com essa linha, a avaliação do número de pessoas diferentes atendidas propõe a mesma relação de aferição. Uma vez identificando quantas pessoas individualmente procuram e utilizam um sistema de saúde, é possível realizar avaliações acerca do acesso, ingresso e recorrência do paciente ao serviço de atenção à saúde (BONILLA; WOLLMANN, 2020).

O nível de absenteísmo do usuário é um item relevante a ser investigado, principalmente quando considerado que esse fenômeno afeta o setor da atenção à saúde, em especial pública, de forma sistemática (GONÇALVES et al., 2015). O indicador de medição da taxa de faltosos às consultas agendadas colocam em destaque possíveis deficiências, ora de cunho socioeconômico (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; FARIAS et al., 2020), ora de disfunção gerencial (JANDREY; DREHMER, 2000).

A ocorrência do absenteísmo dos usuários às consultas e aos exames agendados representa um obstáculo ao acesso e à cobertura dos cidadãos aos sistemas de saúde, assim como configura em um limitador na garantia da melhor assistência e dificultador na redução de índices sanitários negativos (BARRETO; CARMO, 2000; GONÇALVES et al., 2015; FARIAS et al., 2020). O alto absenteísmo geral, incluindo na atenção secundária, representa um gargalo de extrema relevância para as políticas de atendimento do SUS. A ocorrência de um índice alto de faltas gera prejuízos não apenas de ordem assistências, mas prejudicam também a integralidade do cuidado, assim como sua resolutividade, além de acarretar perdas financeiras, gerando custos desnecessários à gestão pública e aumentando a fila de espera por exames, consultas e procedimentos para usuários aguardando vagas (MACHADO et al., 2015; MARTÍNEZ, 2016).

O nível de absenteísmo do usuário em unidades municipais, estaduais e federais do SUS podem representar uma parcela alta de consultas e exames perdidos, taxa essa que pode superar 25% em algumas regiões (OLESKOVICZ et al., 2014). Uma análise robusta dos resultados desse indicador pode configurar uma base para implementação de mudanças em processos de trabalho, formas de abordagem aos

usuários e reflexões sobre o acesso do utente ao sistema de saúde e desperdício de recursos (AVILA; BOCCHI, 2013; FERREIRA et al., 2016; BELTRAME et al., 2020).

O quantitativo de primeiras consultas odontológicas se mostra relevante para uma análise da condição do nível de atendimentos relacionados à saúde bucal (VIANA; MARTELLI; PIMENTEL, 2012). Nesse sentido, observa-se que a utilização desse tipo de indicador auxilia na aferição das estratégias de conquista e manutenção dos usuários atendidos, uma vez que os profissionais necessitam de manter e buscar o incremento de novos atendimentos (GARCIA; SERRA; DOTTA, 2005), e que boas condutas são geradores de novas primeiras consultas.

Esse indicador se mostra como avaliador da adesão dos usuários ao tratamento odontológico, e se compreendem e agem de forma a melhorar sua saúde bucal. Sua caracterização estimula um diagnóstico da rede de tratamento como um todo, e se as premissas específicas, nesse caso da atenção odontológico, estão sendo praticadas de acordo com as políticas prescritas, e se os usuários estão de fato recebendo a atenção necessária (GRIMM et al., 2018).

Observa-se que a porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos realizados possui uma relação complementar ao indicador anterior, uma vez que, após recebida a atenção inicial necessária, ele irá medir a eficácia do tratamento utilizando-se de métodos preventivos e conservadores em detrimento de procedimentos mutiladores. Por meio desse índice, objetiva-se a orientação dos profissionais nas redes de atenção odontológica com a medição dos resultados provenientes de seus atendimentos, oportunizando um aperfeiçoamento da qualidade no que tange ao cuidado preventivo com o usuário (STEIN et al., 2019; FREITAS; SCALZO; MARTINS, 2020; SOUZA et al., 2021).

Sua utilização pode ser valiosa para a identificação de diversos fatores relacionados ao atendimento ao usuário, e suas possíveis deficiências. Uma possível prática insatisfatória dos cirurgiões dentistas; falta de empenho em ações preventivas e má gestão de equipamentos e materiais necessários à um bom atendimento podem se configurar alguns desses cenários (FILGUEIRA; RONCALLI, 2018), o que reforça a relevância desse tipo de prática de avaliação, para monitoramento de possíveis fatores interferentes na oferta aos serviços (FERREIRA et al., 2020).

E, considerando uma avaliação mais específica à atenção à saúde bucal, observa-se a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, indicador que permite associar as análises de acesso e resolubilidade em um parâmetro singular. Por meio de seus resultados, podem ser desenvolvidos critérios de análise acerca da eficácia das práticas adotadas pelos profissionais, relacionada ao índice de entrada do usuário ao sistema de saúde (SANTIAGO et al., 2021).

O sistema de indicadores selecionados e validados nesta pesquisa pode prover impactos significativos às áreas avaliadas. Além da avaliação na atenção à saúde ser uma preocupação contínua para as organizações e seus gestores (BORGES; DOS SANTOS; DE ASSIS SIMÕES, 2020), os impactos nos serviços de uma mensuração mais objetiva e direcionada de resultados é real.

Esse tipo de esforço, a partir de sua implementação, pode significar uma produção de mudanças positivas no que tange aos aspectos dos serviços prestados. Além disso, torna-se possível um aperfeiçoamento das condições gerais de atenção reportadas aos usuários e adequação das atividades e práticas profissionais dos colaboradores; assim como parâmetros de atendimento que, sem os indicadores de qualidade para aferir os dados, não seriam desenvolvidos em seu maior potencial (FERREIRA et al., 2017; MONTEIRO, 2020).

Como consequência da utilização do sistema indicadores, encontra-se a necessidade de foco na qualidade dos serviços oferecidos. Essa perspectiva demanda a relevância no controle e prevenção de erros, sejam eles relacionados à segurança do paciente, em relação à assistência geral provida ou demais fragilidades de um sistema de saúde (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; BATISTA et al., 2019).

A existência de eventos adversos não é incomum, especialmente quando considerada uma organização nos estágios iniciais de seu ciclo de vida, em fase de crescimento, com pouco estruturação e forte centralização de decisões (MILLER; FRIESEN, 1984). Logo, a proposta de correção desses resultados por meio de planos de ação pautados de análises de causa raiz e programas de intervenção são extremamente relevantes, uma vez que seus resultados darão os subsídios necessários para reversão dos efeitos inadequados verificados pelos indicadores (ROONEY; HEUVEL, 2004; NAGYOVA; PALKO; PACAIOVA, 2015).

Vale destacar que os processos de auditoria também se mostram relevantes nesse sentido, considerando que a gestão em saúde requer processos que auxiliam ao olhar crítico do trabalho realizado e que fortalecem o campo, e que aferem as atividades realizadas de forma a identificar se elas estão sendo cumpridas de acordo com os objetivos propostos primordialmente (DIAS et al., 2011; TAJRA *et al.*, 2014).

Com a possibilidade de investimento em um sistema de indicadores de qualidade, um sistema de saúde ganha a oportunidade de executar ações que, ao final, farão a diferença para o usuário dos serviços, mas influenciando em aspectos organizacionais importantes para a gestão. Níveis de satisfação maiores; manejo de dados mais organizado e com maior confiabilidade; diminuição de dispêndio de recursos em programas inefetivos; maior eficiência e eficácia em ações e processos de trabalho e auxílio na tomada de decisões são todos benefícios da utilização de um painel de indicadores factível e passível de gerar mudanças (MORIMOTO; COSTA, 2017; PROTASIO et al., 2017; SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017; TORRES et al, 2021).

Portanto, é possível observar os impactos positivos que um sistema de indicadores de qualidade pode acarretar em um sistema de atenção à saúde. Seu efeito não se limita à instituição em si, mas envolve todos os principais atores responsáveis pela organização e execução dos serviços inerentes ao seu escopo. Mais relevante, ainda, os resultados aferidos através de suas análises influenciam de forma tangível as percepções dos usuários, auxiliando no aperfeiçoamento de suas experiências e na satisfação de suas demandas e anseios.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num sistema organizado pela necessidade de prover o melhor serviço para o usuário final, os métodos de avaliação e monitoramento da qualidade precisam ser objetivos, passíveis de geração de análises e factíveis, para que a aferição dos dados de atendimento possa gerar análises as quais auxiliem a gestão na tomada de decisão e na condução do sistema de saúde como um todo. É nesse sentido que essa pesquisa auxiliou a expressar a importância de um sistema de indicadores de qualidade, quando proposto de intervenção para uma organização de atenção à saúde.

A revisão de literatura trouxe um escopo diversificado de quais indicadores de qualidade são tratados dentro do universo da atenção à saúde, e em qual frequência esses são utilizados. Foi possível perceber a gama de temáticas e especificidades constatadas pelos resultados, e como suas aplicações refletem a prática nos serviços em saúde. E, por meio dos indicadores propostos e validados de acordo com as especificidades da instituição em destaque, considerando, além da alta gestão, as equipes profissionais e seus processos de trabalho distintos, a organização possui a oportunidade de implementar o painel de indicadores de qualidade para, além de assegurar a realização do melhor serviço, desenvolvê-los e aperfeiçoá-los.

Para trabalhos futuros, deixam-se aqui sugestões para aprofundamento da forma de validação dos indicadores. Esta pesquisa utilizou uma forma de validação realizada internamente, com os responsáveis pelos setores da organização. Sugere-se a utilização também de juízes de validação externos, que tenham vasto conhecimento do assunto, para realizar essa análise. Ademais, sugere-se a continuação deste estudo, com a análise efetiva da implementação do sistema de indicadores proposto, e a verificação e monitoramento, na prática, dos processos aqui apresentados.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Hendyara Oliveira Carvalho; DE OLIVEIRA GÓIS, Rebecca Maria. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 81, p. 1-18, 2020.
- ALWAN, Ala'din. Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 3, n. 1, p. 6-16, 1997.
- AMESTOY, Simone Coelho et al. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 940-945, 2010.
- ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-10, 2019.
- ARAÚJO, Isabela Dantas Torres de; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 73-86, 2018.
- ARAUJO, Rodrigo Ferreira de et al. Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 566-578, 2018.
- ARAÚJO, Wánderon Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.
- ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 321-332, 2017.
- AVILA, Marla Andréia Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 193-197, 2013.
- BAHIA, Leandro Oliveira. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: Enap, 2021.
- Banco Mundial. **Propostas de reformas do sistema único de saúde brasileiro: nota de política econômica**. Brasília: Grupo Banco Mundial. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2023.
- BÁO, Ana Cristina Pretto et al. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 377-384, 2019.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. Identificação de áreas prioritárias para a vigilância e controle de dengue e outras arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* no município de Natal-RN: relato de experiência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 629-638, jul./set. 2017.

BARRETO, Mauricio L.; CARMO, Eduardo Hage. Determinante das condições de saúde e problemas prioritários no país. *In*: Ministério da Saúde. (org). **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BARRETO, Raissa Mont'Alverne et al. Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade da Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, p. 225-232, 2020.

BATISTA, Josemar et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-7, 2019.

BELTRAME, Sonia Maria et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, 2020.

BENDER, Anemarie da Silveira; MOLINA, Leandro Ribeiro; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BICALHO, Daniela et al. Avaliação de indicadores de qualidade da gestão do Programa Nacional de Alimentação Escolar no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3099-3110, ago./2021.

BINDER, Cairenn; TORRES, Rafael E.; ELWELL, Diana. Use of the Donabedian Model as a framework for COVID-19 response at a hospital in suburban Westchester County, New York: a facility-level case report. **Journal of Emergency Nursing**, v. 47, n. 2, p. 239-255, 2021.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde Parte II. **Revista de administração em saúde**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BOKHOUR, Barbara G. et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 168, p. 1-11, 2018.

BONILLA, Pedro Pablo de Gusmão; WOLLMANN, Lucas. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2360-2366, 2020.

BORBA, Vanessa Tamires; CEZAR, Fernando Vieira; ZUCATTO, Luis Carlos. Qualidade do serviço público por meio do modelo SERVQUAL: uma análise das

dissertações e teses brasileiras (2000-2020). *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 20., 2021. **Anais...** Florianópolis: 2021. p. 1-14.

BORDIN, Danielle et al. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 151-160, 2017.

BORGES, João Paulo Assunção; DOS SANTOS, Luciana Avila; DE ASSIS SIMÕES, Ana Lúcia. Indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 7101-7116, mai./jun. 2020.

BRANDÃO, Daiane Reis; DA SILVA MILOCHI, Cintia. A importância do enfermeiro da atenção básica na promoção à saúde do homem. **Faculdade Sant'Ana em Revista**, v. 5, n. 1, p. 6-14, 2021.

BRANQUINHO, Isabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-11, 2018.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República [2022]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 26 de fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8987compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987compilada.htm). Acesso em: 30 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Guia referencial para medição de desempenho e manual para construção de indicadores**. Brasília: MPOG, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. **Setor de serviços cresce 10,9% com altas nas cinco atividades pesquisadas.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/trabalho-e-previdencia/2022/02/setor-de-servicos-cresce-10-9-com-altas-nas-cinco-atividades-pesquisadas#:~:text=O%20volume%20de%20servi%C3%A7os%20no,quatro%20das%20cinco%20atividades%20investigadas>. Acesso em: 14 de abril de 2022.

BROWN, Stephen W.; SWARTZ, Teresa A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of marketing**, v. 53, n. 2, p. 92-98, 1989.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, 1771-1780, 2011.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. **Terceiro setor: gestão e controle social**. São Paulo: Saraiva, 2015.

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguiar; SILVA JUNIOR, Nelson. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 129-148, 2009.

CANTALINO, Juliana Leal Ribeiro et al. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 22, p. 1-10, 2021.

CARDOSO, Vanilson Viana; MUELLER, Airton Adelar; MATUSIAK, Moisés de Oliveira. Estado, Terceiro Setor e Políticas Públicas: aspectos teóricos e epistemológicos emergentes. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 10., 2019, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul, 2019, p. 1-24.

CARNEIRO, Alexandre de Freitas; OLIVEIRA, Deyvison de Lima; TORRES, Luciene Cristina. Accountability e prestação de contas das organizações do terceiro setor: uma abordagem à relevância da contabilidade. **Sociedade, contabilidade e gestão**, v. 6, n. 2, 2011.

CARNEIRO, Vânia Barroso. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2413-2422, 2018.

CASTRO, Dayanna Mary de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 1-12, 2020.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; KNAUTH, Daniela Riva. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção

primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2702-2714, 2021.

CERVILHERI, Andressa Hirata et al. Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1-11 2020.

CONTERATO, Camila Garnica; CASTRO, Cláudio Vieira; SALGADO, Eduardo Gomes. Análise das razões, benefícios e dificuldades na implantação da NBR ISO 9001 em empresas sucroalcooleiras. **Revista ESPACIOS**, v. 37, n. 12, 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 111-135.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. *In*: Fundação Oswaldo Cruz (org.). **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 237-271.

CRONIN JR, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DALL'AGNOL, Camila Fortuna et al. Transparência e prestação de contas na mobilização de recursos no terceiro setor: um estudo de casos múltiplos realizado no Sul do Brasil. **Revista Universo Contábil**, v. 13, n. 2, p. 187-203, 2017.

DE ALMEIDA, Éder et al. Liderança do enfermeiro responsável técnico: um fazer necessário para o exercício profissional. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, p. 998-1006, 2014.

DEMING, William Edwards. **Quality, productivity, and competitive position**. Cambridge: MIT Press, 1982.

DIAS, Ana Giselle Aguiar et al. Experiência de cárie em crianças de 3 a 5 anos de idade em escolas públicas do município de Porto Velho-RO. **Arch. Health Invest**, v.8, n. 3, p. 107-112, 2019.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 931-937, set./out. 2011.

DO AMARAL JÚNIOR, Orlando Luiz et al. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 143-159, 2020.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank memorial fund quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of medical care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, Avedis. The epidemiology of quality. **Inquiry**, v. 22, n. 3, p. 282-292, 1985.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, John RC; WYSZEWIANSKI, Leon. Quality, cost, and health: an integrative model. **Medical care**, p. 975-992, 1982.

DONATO, Helena; DONATO, Mariana. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Med Port**, v. 32, n. 3, p. 227-235, mar. 2019.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administração de Organizações Sem Fins Lucrativos: Princípios e Práticas**. 6. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

DUARTE, Geraldo et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. 1-16, 2021.

EPSTEIN, M.; MANZONI, J. Implementing corporate strategy: from tableaux de board to balanced scorecards. **European Management Journal**, v. 16, n. 2, p.190-204, 1998.

FALCONER, Andreas Pablo. A promessa do Terceiro Setor. Um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. *In: ENCUENTRO DE LA RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE ISTR*, 2., 1999, Santiago. **Anais...** Santiago, 1999. p. 1-24.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARIAS, Cynthia Moreira Louzada et al. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1-13, jan./dez. 2020.

FEIGENBAUM, Armand V. Total quality-control. **Harvard business review**, v. 34, n. 6, p. 93-101, 1956.

FELICIO, Delma; JUNIOR, Antonio Pascoal Del'Arco. Dificuldades na implantação de um sistema de gestão da qualidade em um instituto de pesquisa e desenvolvimento. *In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO*, 7., 2007, São José dos Campos. **Anais..** p. 2563-2566.

FERLA, Josiane Bernart da Silva et al. Efeito do modelo de Cuidado Centrado no Paciente na satisfação do profissional de saúde: revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. 1-14, 2022.

FERREIRA, Gabriela Souza Assis; SALGADO JUNIOR, Wilson; COSTA, André Lucirton. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1003-1014, 2019.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**. Brasília: Ipea, 2009.

FERREIRA, Jéssica et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021.

FERREIRA, Juliana Mota et al. Indicadores de qualidade na atenção primária á saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 45-68, 2017.

FERREIRA, Maria Alice da Silva. Monitoramento de indicadores e avaliação dos modelos de práticas de saúde bucal da Atenção Básica nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB. **Revista de Iniciação Científica em Odontologia**, v. 18, n. 2, p. 25-35, 2020.

FERREIRA, Marília Beatriz et al. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 1, p. 411-419, 2016.

FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vítor M.; PISCO, Luis. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 747-758, 2017.

FILGUEIRA, Adriano de Aguiar; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, p. 30-39, 2018.

FILHO, José dos Santos Carvalho. **Manual de Direito Administrativo**. Barueri: Atlas, 2021.

FITZSIMMONS, James; FITZSIMMONS, Mona. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 6. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

FLEURY, Tereza Leme; WERLANG, Sérgio R. C. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. **GV Pesquisa – Anuário de Pesquisa 2016-2017**, São Paulo, n. 5, p. 10-15, 2017.

FORTUNE, Kira. Health promotion and the agenda for sustainable development, WHO Region of the Americas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 621-626, 2018.

FRANÇA, Natalia Menezes; BIANCHETE, Nicoli Amabilli. a importância do médico veterinário como responsável técnico no varejo de alimentos no Brasil. **Revista Saúde**, v. 13, n. 2, p. 57-59, 2020.

FREITAS, Daniel Augusto Sabadini; SCALZO, Maria Tereza Abreu; MARTINS, Renata Castro. Análise das exodontias realizadas na atenção primária da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Arquivos em Odontologia**, v. 56, p. 1-9, 2020.

FRITSCH, Dulce Zimmermann. A importância da qualidade na prestação de serviços. **Revista de EDUCAÇÃO do Cogeime**, v. 9, n. 17, p. 65-70, 2000.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Sistema de Indicadores**. São Paulo: FNQ, 2018. Disponível em: [https://prod.fnq.org.br/comunidade/wp-content/uploads/2018/12/n\\_3\\_sistema\\_de\\_indicadores\\_fnq.pdf](https://prod.fnq.org.br/comunidade/wp-content/uploads/2018/12/n_3_sistema_de_indicadores_fnq.pdf). Acesso em: 06 mai. 2022.

GARCIA, Luan Augusto Alves et al. Satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2020.

GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi Sasso; SERRA, Mônica da Costa; DOTTA, Edivani Aparecida Vicente. Primeira consulta: estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a conquista de pacientes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n. 1, p. 43-48, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PEREIRA, Ana Karine. **Governança da política de infraestrutura: condicionantes ao investimento**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, v. 50, n. 1, p. 29-38, 2017.

GONÇALVES, Claudia Ângela et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 449-460, 2015.

GONÇALVES, Dulce Pimenta et al. Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1879-1890, 2019.

GRIMM, Sylvia et al. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 06, p. 1-8, nov. 2018.

GRÖNROOS, Christian. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

GROVER, Sanya et al. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. **Patient education and counseling**, v. 105, n. 7, p. 1679-1688, 2022.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. Satisfação de usuários das unidades de saúde em Coari, Amazonas. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 500-506, jul./set. 2020.

GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HELLSTEN, Ulrika; KLEFSJÖ, Bengt. TQM as a management system consisting of values, techniques and tools. **The TQM Magazine**, v. 12, n. 4, p. 238-244, 2000.

ISHIKAWA, Kaoru. **TQC-Total Quality Control: estratégia e administração da qualidade**. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986.

JACINTO, Paulo de Andrade; RIBEIRO, Eduardo Pontual. Crescimento da produtividade no setor de serviços e da indústria no Brasil: dinâmica e heterogeneidade. **Economia Aplicada**, v. 19, n. 3, p. 401-427, 2015.

JANDREY, Circe Maria; DREHMER, Tania Maria. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS)-UFRGS. **Revista da faculdade de odontologia de Porto Alegre**, v. 40, n. 2, p. 24-28, jan. 2000.

JÚNIOR, Guttemberg Nery Dos Santos et al. A relevância do responsável técnico nutricionista na prevenção de surtos alimentares em unidades de alimentação e nutrição. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 77795-77807, 2020.

JURAN, Joseph M. **Juran's quality handbook**. New York: McGraw-Hill, 1998.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Gulf Professional Publishing, 1997.

KESSLER, Marciane et al. Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 3050-3062, 2015.

KHOSRAVI, Sepehr et al. Indicators of quality of care in individuals with traumatic spinal cord injury: a scoping review. **Global spine journal**, v. 12, n. 1, p. 166-181, 2022.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S (ed.). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de marketing**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

LANDIM, Leilah. NGOs and philanthropy in Latin America: The Brazilian case. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v. 8, n. 4, p.351-370, 1997.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

LISTA, Eduarda Felipe Cunha Bernard et al. A qualidade do pré-natal na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e58811326850-e58811326850, 2022.

LIVRAMENTO, Débora do Vale Pereira do et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-9, 2019.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018.

LÓPEZ-HERNÁNDEZ, Luz Berenice et al. Quality and safety in healthcare for medical students: challenges and the road ahead. **Healthcare**, v. 8, n. 4, p. 540-548, 2020.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. de C. Avaliação do conhecimento e das condutas dos farmacêuticos, responsáveis técnicos por drogarias. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 183-191, 2010.

MACHADO, Alessandra Trindade et al. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 289-298, 2015.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SOUZA, Georgia Costa de Araújo; NORO, Luiz Roberto Augusto. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 187-202, 2018.

MAES-CARBALLO, Marta et al. Quality indicators for breast cancer care: A systematic review. **The Breast**, v. 59, p. 221-231, 2021.

MAIA, Ludmila Grego et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, p. 1-11, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2021.

MAREIS, Claudia. Brainstorming Revisited: On Instrumental Creativity and Human Productivity in the Mid-Twentieth Century. **Public Culture**, v. 16, n. 1, p. 50-69, mar. 2020.

MARIANI, Celso Antonio. Método PDCA e ferramentas da qualidade no gerenciamento de processos industriais: um estudo de caso. **RAI-Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 110-126, 2005.

MARSHALL, Martin et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 18, n. suppl\_1, p. 21-25, 2006.

MARTINEZ, Diego A. et al. An electronic dashboard to monitor patient flow at the Johns Hopkins Hospital: communication of key performance indicators using the Donabedian model. **Journal of medical systems**, v. 42, n. 8, p. 1-8, 2018.

MARTÍNEZ, Henny Luz Heredia. Aspectos econômicos da equidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-2, 2016.

MARTINS, Rosa; FRUTUOSO, Cecília. Monitorização da qualidade em saúde: estudo da satisfação dos utentes. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 25, p. 183-194, 2017.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2011.

MEDAUAR, Odete. Serviço público. **Revista de Direito Administrativo**, v. 189, p. 100-113, 1992.

MEIDUTĖ-KAVALIAUSKIENĖ; Ieva; ARANSKIS, Artūras; LITVINENKO, Michail. Consumer satisfaction with the quality of logistics services. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 110, p. 330-340, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 86, p. 1-10, 2017.

MIGUEL, Paulo Augusto Cauchick; SALOMI, Gilberto Eid. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Production**, v. 14, n. 1, p. 12-30, 2004.

MILLER, Danny; FRIESEN, Peter H. A Longitudinal Study of the Corporate Life Cycle. **Management Science**, v. 30, n. 10, p. 1161-1183, 1984.

MOLL, Marciana Fernandes et al. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p. 134-140, 2019.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

MONTEIRO, Baltazar Ricardo et al. Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 807-818, 2017.

MONTEIRO, Baltazar Ricardo. Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os objetivos do desenvolvimento sustentável na saúde (ODS 3): Uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1221-1232, mar./2020.

MORAES, Pilar Maria de Oliveira. Controle e prevenção das hepatites B e C na gravidez segundo profissionais da saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1-10, 2022.

MORENO, Bruno Gonçalves Dias et al. Avaliação da satisfação dos usuários de fisioterapia em atendimento ambulatorial. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 322-328, jul./set. 2019.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 295-300, jul./set. 2019.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Jama**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

NAGYOVA, Anna; PALKO, Martin; PACAIOVA, Hana. Analysis and identification of nonconforming products by 5W2H method. In: International Quality Conference, 9, 2015, Kragujevac. *Anais...* Kragujevac: Center for Quality, Faculty of Engineering, University of Kragujevac, 2015. p.33-42.

NEELY, Andy; ADAMS, Chris; CROWE, Paul. The performance prism in practice. **Measuring business excellence**, v. 5, n. 2, p. 6-12, 2001.

NETO, Diogo de Figueiredo Moreira. **Curso de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

NICHOLSON, Joey; MCCRILLIS, Aileen; WILLIAMS, Jeff D. Collaboration challenges in systematic reviews: a survey of health sciences librarians. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 105, n. 4, p. 385-393, 2017.

NOVAES, Cristina; LASSO, Sarah; MAINARDES, Emerson Wagner. Percepções de qualidade do serviço público. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 107-123, jan./mar. 2015.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2017.

O'NEILL, Peter; SOHAL, Amrik; TENG, Chih Wei. Quality management approaches and their impact on firms' financial performance – An Australian study. **International Journal of Production Economics**, v. 171, n. 3, p. 381-393, jan./2016.

OLESKOVICZ, Marcelo et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, mai. 2014.

OLIVEIRA, Blandina; FORTUNATO, Adelino. The dynamics of the growth of firms: evidence from the services sector. **Empirica**, v. 35, n. 3, p. 293-312, 2008.

OLIVEIRA, Éder Samuel Bonfim Esteves; OLIVEIRA, Veneza Berenice; CALDEIRA, Antônio Prates. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 144-157, jan./mar. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, Otávio J. Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos. *In*: OLIVEIRA, Otávia J. (org). **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2020. p. 20-40.

OLIVER, Richard L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of marketing research**, v. 17, n. 4, p. 460-469, 1980.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade - Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2019.

PARASURAMAN, Anantharanthan; BERRY, Leonard L.; ZEITHAML, Valarie A. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. **Journal of Retailing**, v. 67, n. 4, p. 420-450, 1991.

PARASURAMAN, Anantharanthan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, Anantharanthan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

PARASURAMAN, Anantharanathan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. **Journal of marketing**, v. 58, n. 1, p. 111-124, 1994.

PAREDES, Suyene de Oliveira et al. Padrão de higiene bucal influencia a severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 46-56, 2020.

PEREIRA, Bernadete dos Santos; TOMASI, Elaine. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, abr./jun. 2016.

PEREIRA, Kamila Priscila et al. Atenção à saúde da criança na estratégia em saúde da família. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 2018.

PEREIRA, Tarso Rocha Lula; FREIRE, Andréa Marques; DE BARROS CAMARA, Renata Paes. Escrituração contábil no processo de accountability: um estudo nas

igrejas católicas da arquidiocese de Natal/RN. **Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor**, v. 4, n. 2, p. 352-373, 2017.

PINTO, Alexandre Guimarães Gavião. Os Princípios mais relevantes do Direito Administrativos. **Revista da EMERJ**, v. 11, n. 42, p. 168-176, abr./jun. 2008.

PINTO, Luiz Felipe et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 771-781, 2017.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

POCHMANN, Marcio. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 89-99, 2020.

PORTER, Michael E. What is value in health care?. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017.

PUTMAN, Vicky L.; PAULUS, Paul B. Brainstorming, brainstorming rules and decision making. **The Journal of creative behavior**, v. 43, n. 1, p. 29-40, 2009.

RAMOS, André Luis Paes; SETA, Marismary Horsth De. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-15, 2019.

RAMOS, Roberta de Souza Pereira da Silva; RAMOS, Vânia Pinheiro. Análise espacial como ferramenta de identificação de áreas prioritárias de intervenção para prevenção da sífilis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3733-3742, 2021.

RATHMELL, John. What is meant by service? **Journal of Marketing**, v. 30, n. 4, p. 32-36, 1966.

REGAN, William J. The service revolution. **Journal of marketing**, v. 27, n. 3, p. 57-62, 1963.

RESENDES, Ana Paula da Costa et al. Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 274-282, 2010.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019.

RODRIGUES, Mirela et al. Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2047-2054, 2014.

RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos; RODRIGUES, Lauane Pereira de Sousa; CARDOSO, Ângela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 2, p. 103-110, 2020.

ROONEY, James J.; HEUVEL, Lee N. Vanden. Root cause analysis for beginners. **Quality progress**, v. 37, n. 7, p. 45-56, jul. 2004.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANT'ANA, Ana Maria. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

SANTIAGO, Carmellyo Pires Leite et al. Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3589-3597, 2021.

SANTOS, Filipe Malta dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. 1-14, 2022.

SANTOS, Kezia Cristina Batista dos et al. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 576-591, 2019.

SANTOS, Pedro Vieira Souza; SANTOS, Lucas Di Paula Gama dos. Gestão de indicadores: um estudo de caso no setor de serviços. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 4, n. 4, p. 115-133, 2019.

SANTRY, Heena P. et al. Identifying the fundamental structures and processes of care contributing to emergency general surgery quality using a mixed-methods Donabedian approach. **BMC medical research methodology**, v. 20, n. 1, p. 1-19, 2020.

SARMENTO, Joaquim Miranda. **Parcerias público-privadas**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Iúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4 p. 757-776, 2002.

SENA, Valéria Silva et al. Prevenção de cárie em crianças do Piauí: um relato de experiência. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 15, n. 30, p. 140-146, 2018.

SHEPS, Mindel C. Approaches to the quality of hospital care. **Public Health Reports**, v. 70, n. 9, p. 877, 1955.

SHOSTACK, G. Lynn. Breaking free from product marketing. **Journal of marketing**, v. 41, n. 2, p. 73-80, 1977.

SILVA, Alexandre Messa; DE NEGRI, João Alberto; KUBOTA, Luis Claudio. Estrutura e dinâmica do setor de serviços no Brasil. *In*: DE NEGRI, João Alberto; KUBOTA, Luis Claudio. **Estrutura e dinâmica do setor de serviços no Brasil**. Brasília: Ipea, p. 15-33, 2006.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SILVA, Danilo Lima et al. Estratégias de prevenção a IST realizadas por enfermeiros na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4028-4044, 2021.

SILVA, Esther Pereira da et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, v. 53 n. 43, p. 1-13, 2019.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3185-3200, 2020.

SILVA, Jadeyane Araújo; AOYAMA, Elisângela de Andrade. A importância da enfermagem obstétrica na saúde da mulher brasileira. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 1-6, 2020.

SILVA JUNIOR, Danyllo do Nascimento et al. Avaliação da satisfação de usuários a partir da Carta SUS, no Rio Grande do Norte, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 901-915, out./dez. 2018.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria Jo'se Menezes. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 1-8, 2017.

SONG, Miyeon; AN, Seung-Ho; MEIER, Kenneth J. Quality standards, implementation autonomy, and citizen satisfaction with public services: cross-national evidence. **Public Management Review**, v. 23, n. 6, p. 906-928, 2021.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22 n. 3, p. 819-830, 2017.

SOUSA, Fernando Augusto Cervantes Garcia de; SILVA, Lucas Ambrósio Lopes da. Limitações da utilização das taxas de internações sensíveis à atenção primária como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária no Brasil. *Revista de APS*, v. 21, n. 4, p. 721-736, out./dez. 2018.

SOUZA, Aline Andrade et al. Exodontias na Atenção Básica em municípios com e sem Centro de Especialidades Odontológicas: análise de indicadores de saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, v. 57, p. 36-45, 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STEIN, Caroline et al. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 2020.

TAJRA, Fábio Solon et al. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 157-169, jan./mar. 2014.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963-972, 2019.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1-8, 2020.

TAVARES, Livia Teixeira et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2016.

TESSER, Charles Dalcanale. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2515-2515, 2020.

TORRES, Douglas Rodrigues et al. Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2065-2074, 2021.

TOSSAINT-SCHOENMAKERS, Rosian et al. The challenge of integrating eHealth into health care: systematic literature review of the donabedian model of structure, process, and outcome. **Journal of medical Internet research**, v. 23, n. 5, p. 1-23, 2021.

TRACY, Brian. How To Run Effective Brainstorming Sessions. **Brian Tracy International**. Disponível em: <https://www.briantracy.com/blog/business-success/how-to-run-an-effective-brainstorming-session-creative-thinking-for-business-success/>. Acesso em: 29 de dezembro de 2021.

UCHOA, Carlos Eduardo. **Elaboração de indicadores de desempenho institucional**. Brasília: ENAP/DDG, 2013.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, Italene Barros et al. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019.

VIANA, Italene Barros; MARTELLI, Petrônio José de Lima; PIMENTEL, Fernando Castim. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 151-160, 2012.

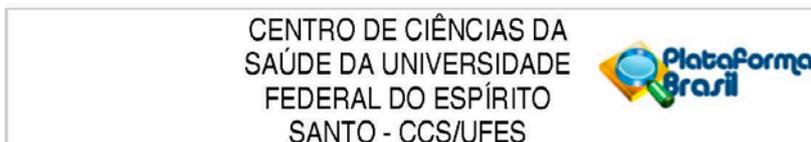
VOLPATO, Luciana Fernandes; MARTINS, Luiz Cândido. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. **Revista Espacios**, v. 38, n. 42, p. 1-11, 2017.

WONG, Kam Cheong. Using an Ishikawa diagram as a tool to assist memory and retrieval of relevant medical cases from the medical literature. **Journal of medical case reports**, v. 5, n. 120, p. 1-3, 2011.

ZAIM, Halil et al. Determining the critical factors of tacit knowledge in service industry in Turkey. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 207, p. 759-767, 2015.

ZEITHAML, Valarie A.; PARASURAMAN, Ananthanarayanan; BERRY, Leonard L. Problems and strategies in services marketing. **Journal of marketing**, v. 49, n. 2, p. 33-46, 1985.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLEMENTAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS

**Pesquisador:** GABRIEL PENNA FELISBERTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55224222.1.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.230.861

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa trata-se de um estudo metodológico de pesquisa aplicada, a ser realizada em uma instituição filantrópica que fornece serviços de atenção à saúde. A pesquisa será constituída por dois participantes na condição de Juízes internos à instituição, que realizarão o preenchimento de questionário para validação dos indicadores; três Juízes externos à instituição que realizarão o preenchimento de questionário para validação dos indicadores e sete pessoas que participarão da sessão de brainstorming, em que serão discutidas e levantadas informações e situações as quais sejam desejadas mudanças. A coleta e análise de dados irá seguir como roteiro principal o "Guia Referencial para Construção e Análise de Indicadores", de Leandro Oliveira Bahia, contendo uma metodologia em dez passos para a construção de um sistema de medição de desempenho por indicadores, através de sua verificação e abertura de plano de ação em caso de não atingimento de meta.

<b>Endereço:</b> Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
<b>Bairro:</b> S/N <b>CEP:</b> 29.040-091
<b>UF:</b> ES <b>Município:</b> VITORIA
<b>Telefone:</b> (27)3335-7211 <b>E-mail:</b> cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.230.861

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo principal:

"Implementar um processo de gestão através de sistema de medição de indicadores de qualidade para uma instituição filantrópica voltada para serviços atenção em saúde."

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

"Elaboração de indicadores de qualidade específicos para um serviço de atenção à saúde;  
Monitoramento dos indicadores de qualidade com estipulação de metas e planos de ação."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios apresentados pelos autores são:

Riscos:

"Conforme Resolução 01 de 13/06/1988 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, uma vez que a coleta de dados será conduzida de forma que se sintam confortáveis e seguros no fornecimento das respostas. Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta do questionário. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Ainda assim, garante-se ao participante da pesquisa a possibilidade de recusar a responder qualquer uma das perguntas e/ou mesmo a possibilidade de desistir da participação em qualquer momento.

**BENEFÍCIOS**

Um estudo neste caráter pode apresentar diversos benefícios palpáveis para a área de atuação em questão, principalmente ao nível gerencial de instituições de saúde. A avaliação dos serviços prestados por uma entidade, não importa em qual setor ela se encaixe, é um dos processos primordiais para analisar se a organização está, efetivamente, provendo serviços de qualidade.

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.230.861

Esse processo auxilia na observação de falhas e em suas correções e, em um nível macro, melhora a vida dos usuários receptores dos atendimentos prestados. Este estudo pode ser utilizado como base para que outras pesquisas como essa possam ser desenvolvidas em áreas similares, em especial à área da atenção à saúde. A gestão desse tipo específico de serviços é de suma importância, porque apoia processos de decisão que serão primordiais na manutenção de um sistema de atividades providas saudável e sustentável."

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Resolução do CNS 466/2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante cientificamente.

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

Folha de rosto - assinada

TCLE juízes - apresentado

TCLE participantes do brainstorming - apresentado

Carta de anuência - assinada

Projeto detalhado - apresentado

Informações básicas da plataforma - apresentado

Cronograma e orçamento - apresentados

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

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885087.pdf	20/01/2022 20:06:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComiteDeEtica.pdf	20/01/2022 20:01:47	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito
Outros	CartaAnuencialInstituicao.pdf	20/01/2022 19:57:33	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.230.861

Outros	ApendiceInstrumentoJuizes.pdf	20/01/2022 19:56:21	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito
Outros	ApendiceInstrumentoBrainstorming.pdf	20/01/2022 19:56:05	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceTCLEJuizes.pdf	20/01/2022 19:55:13	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceTCLEBrainstorming.pdf	20/01/2022 19:55:04	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	20/01/2022 19:50:22	GABRIEL PENNA FELISBERTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 08 de Fevereiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O(A) Sr.(a) \_\_\_\_\_, CPF/RG \_\_\_\_\_, foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **IMPLEMENTAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS**, sob a responsabilidade de Gabriel Penna Felisberto, orientado pelo Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin, **na condição de juiz de validação do indicador.**

#### **JUSTIFICATIVA**

Um estudo neste caráter pode apresentar diversos benefícios palpáveis para a área de atuação em questão, principalmente ao nível gerencial de instituições de saúde. Será importante para o aprimoramento de processos de trabalho através de uma metodologia de implementação de indicadores, e irá auxiliar na observação de falhas e em suas correções e, em um nível macro, melhora a vida dos usuários receptores dos atendimentos prestados.

#### **OBJETIVO DA PESQUISA**

Implementar um processo de gestão através de sistema de medição de indicadores de qualidade para uma instituição filantrópica voltada para serviços atenção em saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

A sua participação será se dará pela assinatura deste termo em duas vias (uma destinada ao participante e a outra destinada ao pesquisador). A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um questionário, o qual compreende perguntas de avaliação final sobre indicadores propostos. Para cada indicador proposto, será necessário responder um questionário avaliando sua seletividade ou importância; simplicidade, clareza, inteligibilidade e comunicabilidade; representatividade, confiabilidade e sensibilidade; capacidade investigativa; comparabilidade; estabilidade e custo-efetividade.

#### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

A aplicação do questionário terá duração de aproximadamente até 60 minutos. O local de aplicação será a cargo do participante, considerando que cada indivíduo poderá responder em seu local de preferência.

#### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Considera-se mínimos os riscos aos quais o(a) Sr.(a) será submetido. Não haverá nenhum gasto relacionado a deslocamento e alimentação, sendo todos esses dispêndios arcados pelos pesquisadores. Todo o processo é voluntário, e o sigilo aquém da sessão é garantido e o anonimato mantido. Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta do questionário. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Ainda assim, garante-se ao participante da pesquisa a possibilidade de recusar a responder qualquer uma das perguntas e/ou mesmo a possibilidade de desistir da participação em qualquer momento.

#### **BENEFÍCIOS**

O (A) Sr. (a) não terá nenhum benefício direto com a pesquisa. Porém, esperamos que os resultados obtidos possam ajudar na identificação das fragilidades do processo, a fim de intervir no planejamento de estratégias voltadas para uma manutenção de indicadores, que possam efetivamente gerar impactos positivos nos processos de trabalho.

#### **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

Durante o período da pesquisa, o(a) Sr.(a) terá assistência dos pesquisadores, em que eles fornecerão todas as explicações e informações necessárias.

#### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

#### **GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive durante e após publicação.

#### **GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO**

Esta pesquisa não lhe trará despesas, ou seja, o(a) Sr.(a) não pagará por nenhum questionário. Também não terá compensações financeiras relacionadas à sua participação no estudo, pois não haverá necessidade de deslocamento para participação na pesquisa. Destaca-se ainda que o(a) Sr.(a) não terá nenhum prejuízo, gasto ou despesa relacionado a nenhum dos processos e atividades inerentes à esta pesquisa. Todo e qualquer gasto que, porventura, poderá vir a ocorrer, o(a) Sr.(a) será ressarcido em sua totalidade.

#### **GARANTIA DE INDENIZAÇÃO**

A indenização por danos exclusivamente decorrentes da pesquisa é garantida neste estudo.

#### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar os pesquisadores nos telefones (27) 99773-7252 e (27) 3244-2670. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, do email (cep.ufes@hotmail.com) ou no endereço Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa

" eu, GABRIEL PENNA FELISBERTO, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

GABRIEL PENNA FELISBERTO  
Pesquisador responsável

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR****INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE VALIDAÇÃO DOS INDICADORES**

SEXO:	
IDADE:	
ATUA EM QUAL INSTITUIÇÃO:	
TEMPO QUE TRABALHA NA INSTITUIÇÃO:	
REGIME DE TRABALHO (CLT/VOLUNTÁRIO/PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS):	
HORAS DE TRABALHO SEMANAIS:	
CARGO EXERCIDO/ÁREA DE ATUAÇÃO:	
POSSUI CONHECIMENTO A RESPEITO DE INDICADORES NA ÁREA DA SAÚDE?	

## APÊNDICE C – APÊNDICE C – ARTIGO PRODUZIDO EM CONJUNTO COM A DISSERTAÇÃO e A PRODUÇÃO TÉCNICA

### INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE AMBULATORIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

#### RESUMO

**Introdução:** a área da saúde ambulatorial necessita de meios de avaliação que possam aferir a qualidade dos serviços, e os indicadores de qualidade entram como instrumentos de identificação e monitoramento da excelência de sistemas de saúde.

**Objetivo:** identificar quais são os indicadores de qualidade utilizados no serviço ambulatorial de atenção à saúde. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada em sete fases distintas para destacar quais indicadores de qualidade são utilizados no serviço ambulatorial de atenção à saúde. A busca foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica online (SCIELO). **Resultados:** foram encontrados ao final da revisão 35 artigos elegíveis, compondo 111 indicadores de qualidade, dos quais 110 foram de resultado e 1 de processo, assim como 16 temáticas ao todo. **Considerações Finais:** foi possível perceber a importância dos indicadores de qualidade para a atenção à saúde ambulatorial, uma vez que essa ferramenta, consideradas as especificidades do sistema de saúde e observada sua implementação, monitoramento, avaliação e auditoria podem se tornar imprescindível para uma provisão de serviços de excelência para o usuário final.

**Palavras-chave:** Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência Ambulatorial.

#### 1 INTRODUÇÃO

As demandas por serviços cada vez mais seguros e dinâmicos por parte da sociedade fazem com que as organizações busquem meios de atender os anseios da população da melhor forma possível, levando em consideração a qualidade oferecida e a resolubilidade (MOLINA; MOURA, 2016). Na área da saúde o panorama é similar, considerando que seu planejamento possui lugar de destaque, uma vez que trata diretamente das necessidades latentes dos usuários. A avaliação dos sistemas de saúde se apresenta essencial, uma vez que é uma estratégia de constatação da qualidade (PEREIRA; TOMASI, 2016; BORDIN et al., 2017).

É imprescindível o uso de mecanismos que remetam à avaliação para a saúde, considerando que, por meio dessa prática, processos decisórios e de criação de políticas públicas são aprimorados, serviços e processos decisórios são aperfeiçoados e o planejamento de ações voltadas para o bem-estar do usuário seja desenvolvido (ARRUDA; BOSI, 2017). Além disso, a realização de avaliações da atenção à saúde através de métodos seguros e fidedignos auxiliam não apenas na melhoria dos serviços oferecidos, mas também na evidenciação de disfunções relacionadas à governança, investimento e desigualdades (MONTEIRO, 2020).

Com o papel da qualidade cimentado na literatura e na prática como tema central, torna-se necessário escolher os melhores métodos pelos quais serão avaliadas as características intrínsecas a esse conceito. Logo, observa-se que os processos de mensuração e avaliação necessitam de ferramentas robustas, que possam ser um meio para alcançar resultados desejados (BAHIA, 2021; BÃO et al., 2019).

Dentre esses métodos de avaliação da qualidade na atenção à saúde, observa-se que a mensuração de indicadores contribui para o alcance da excelência nos serviços providos, sendo instrumentos que auxiliam a identificar e medir situações ou aspectos relacionados a um determinado fenômeno, traduzindo, de forma mensurável, uma perspectiva, tornando sua avaliação operacional (BAHIA, 2021; FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA, 2019).

Diante da importância desse recurso para a qualidade em saúde, este artigo tem como objetivo identificar quais são os indicadores de qualidade utilizados no serviço ambulatorial de atenção à saúde.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura para destacar quais os indicadores de qualidade utilizados no serviço ambulatorial de atenção à saúde.

A busca foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica online (SCIELO). Para o desenvolvimento desta revisão, foram adaptadas sete fases, de acordo com o referencial de Donato e Donato (2019), descritas a seguir.

A primeira fase se configurou na formulação de uma pergunta norteadora, necessária para guiar a investigação. A pergunta formulada foi: **quais os indicadores de qualidade monitorados no serviço ambulatorial de atenção à saúde?**

A estratégia utilizada para a formulação da questão foi a PICo, uma adaptação da estratégia PICO que busca a satisfação de critérios de estudos não-clínicos e considera também outras temáticas relevantes para busca de informações na área da saúde (ARAÚJO, 2020). A estratégia PICo considerou: P = população, paciente ou problema (neste caso, irrelevante para o propósito da revisão); I = interesse (indicadores de qualidade) e Co = contexto (serviço ambulatorial de atenção à saúde).

A segunda fase se configurou na definição de um protocolo de investigação conciso, que fosse detalhado e definisse o escopo da pesquisa de forma geral. Para a busca, foram definidas as seguintes palavras-chave cadastradas nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECs): Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Gestão; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência Ambulatorial; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde. As palavras-chave foram estabelecidas após leitura minuciosa relacionada ao tema investigado e à pergunta norteadora desenvolvida.

Como estratégia de busca, decidiu-se pela associação entre os descritores, utilizando o operador booleano “AND” da seguinte forma: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde AND Assistência Ambulatorial; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde AND Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde AND Atenção Secundária à Saúde; Indicadores de Gestão AND

Assistência Ambulatorial; Indicadores de Gestão *AND* Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Gestão *AND* Atenção Secundária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde *AND* Assistência Ambulatorial; Qualidade da Assistência à Saúde *AND* Atenção Primária à Saúde e Qualidade da Assistência à Saúde *AND* Atenção Secundária à Saúde, totalizando nove mecanismos de busca. As buscas aconteceriam no mesmo dia, para evitar qualquer tipo de discrepância entre as produções e a base de dados.

A terceira fase se caracterizou na definição de critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, foram considerados os artigos que abordem temáticas relacionadas a indicadores de qualidade na atenção à saúde, e que incluam exemplos diretos de indicadores que, em sua formulação, sejam responsáveis pela averiguação de informações que podem, com seus resultados, exibir um efeito claro e avaliar como o serviço está sendo ofertado. As produções precisavam ser de texto aberto, com recorte temporal dos últimos cinco anos, de 2017 a 2021, e na língua portuguesa. Foram excluídas, teses, dissertações, monografias e outros estudos de revisão que não possuam meta-análise ou textos com temática diferente da proposta ou que não se encontrem de acordo com os objetivos do estudo, mas não contemplem os critérios de inclusão estabelecidos.

Na quarta fase, de pesquisa e obtenção das produções, utilizou-se o protocolo de pesquisa sinalizado na segunda fase deste roteiro e tendo os resultados das buscas gerais, foram aplicados os filtros definidos na fase três dos critérios de inclusão e exclusão. A partir dos resultados filtrados, esses foram importados para o software de organização de bibliografia Zotero, em que foram compilados os resultados de todas as buscas.

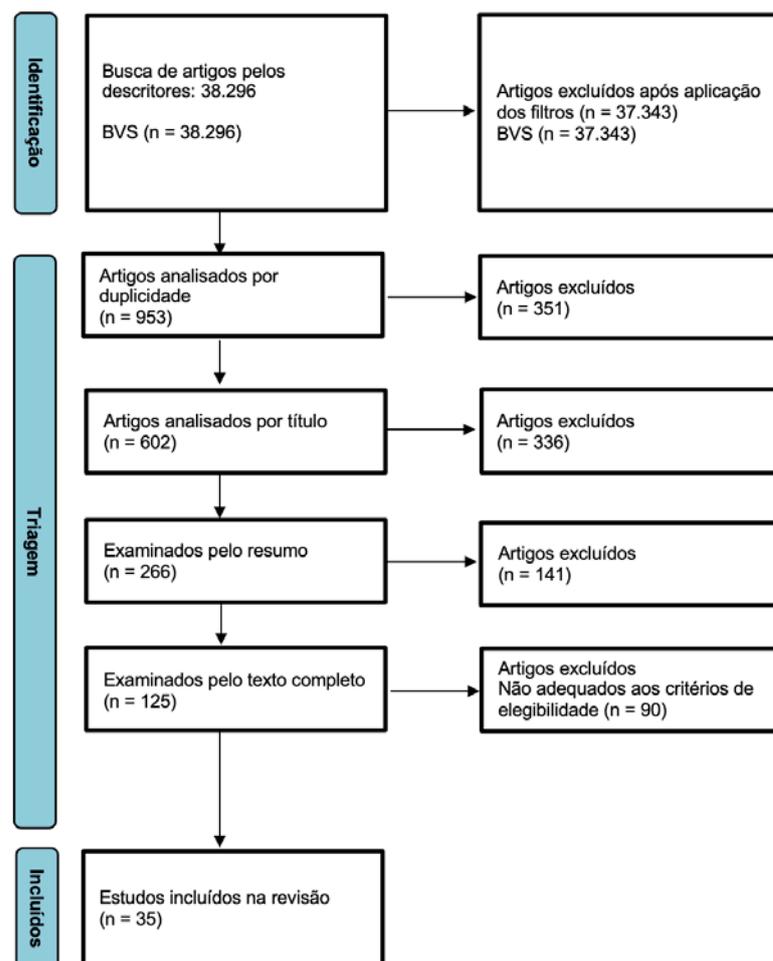
Na quinta fase, de seleção dos estudos, foi realizada a avaliação de conteúdo das produções. Realizou-se uma filtragem de resultados duplicados e possíveis resultados que não atenderam os critérios da pesquisa. Após esse processo, foi feita uma avaliação de título, seguida por um dos resumos e, ao final, dos textos em sua integralidade. Em discordância sobre a inclusão de determinada produção, organizou-se uma discussão, com base nos critérios definidos, a fim de alcançar um consenso sobre a inclusão ou exclusão dela.

Na sexta fase, os estudos remanescentes identificados passaram por um processo de extração de dados. As produções passaram por uma análise completa, buscando destacar as informações relevantes que seriam compiladas com intuito de responder os objetivos desta revisão e evidenciar quais os indicadores de qualidade utilizados na literatura acerca de serviços de atenção à saúde.

E, na sétima fase, houve a avaliação crítica dos artigos, que se constituiu na leitura dos estudos na íntegra, e uma síntese dos dados, com a elaboração de quadros sinópticos contendo dados coletados com informações de cada pesquisa.

O processo de coleta pode ser observado por meio da figura 1, no qual se apresenta o fluxograma da seleção dos estudos:

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, Vila Velha-ES/BRA, 2023



Fonte: próprio autor, 2023.

### 3 RESULTADOS

Após o processo de busca e seleção, compuseram esta revisão um total de 35 artigos. Os artigos incluídos tiveram sua predominância de ano de publicação em 2017 (12 produções). Sete produções são do ano de 2018; sete do ano de 2019; seis do ano de 2020 e três do ano de 2021. Foram encontrados 149 indicadores de qualidade totais após análise dos artigos.

Indicadores idênticos foram agrupados, assim como os indicadores com propósitos iguais, totalizando 126 indicadores. E, após esse processo, foram agrupados os indicadores com objetivos semelhantes, que, em sua análise, avaliam o mesmo resultado. Após esse processo, foi encontrado o número real de 111 indicadores diferentes na revisão realizada.

Foi possível observar que, dos 111 indicadores encontrados, 110 se configuraram como de resultado. Esse tipo de indicador representou, portanto, 99% do resultado total da revisão. Apenas um indicador não foi classificado dessa forma, sendo ele da área de processo.

Os cinco indicadores mais presentes ao longo da revisão foram: nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados (15 artigos); internações por condições sensíveis à atenção primária (10 artigos); e média de escovação dental supervisionada, média de consultas médicas por habitante e número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem, com três aparecimentos cada.

Foram enumeradas 16 temáticas centrais acerca dos indicadores de qualidade encontrados. Estes foram divididos dentro das temáticas levantadas, com alguns deles incluídos em mais de uma temática. O tema “Atendimentos por Profissional de Saúde” (33 indicadores) foi o que apresentou maior relevância, sendo citado 40 vezes ao longo dos artigos da revisão. A temática de “Atenção Odontológica” agrega 24 indicadores, sendo eles citados nas produções pesquisadas 26 vezes, assim como a temática “Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde”, que contempla 23 indicadores.

Outros temas que obtiveram maior relevância foram: “Saúde da Criança” (22 indicadores e 22 citações na revisão); “Saúde do Adolescente” (21 indicadores e 21

citações na revisão); “Saúde da Mulher e Puerperal” (14 indicadores e 16 citações na revisão); “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (11 indicadores e 11 citações na revisão); “Características do Atendimento” (3 indicadores e 19 citações na revisão) e “Panorama Geral da Atenção Primária” (2 indicadores e 11 citações na revisão).

Pode-se observar todas as temáticas classificadas, assim como seus respectivos indicadores de qualidade agregados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Agrupamento dos indicadores de qualidade encontrados e suas temáticas centrais. Vila Velha-ES/BRA, 2023

Temáticas Centrais	Indicadores
Atendimentos por Profissional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de consultas médicas por habitante</li> <li>• Número de consultas realizadas pela equipe de enfermagem</li> <li>• Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico da família</li> <li>• Proporção de demanda espontânea em relação à programada</li> <li>• Número de consultas médicas realizadas</li> <li>• Média de consultas puericultura/criança</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de um ano</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de cinco anos</li> <li>• Média de atendimentos por diabético</li> <li>• Média de atendimentos por hipertenso</li> <li>• % consultas médicas por cuidado continuado/programado</li> <li>• % consultas médicas de demanda agendada</li> <li>• Proporção de diabéticos com pelo menos 2 consultas registradas nos últimos 12 meses</li> <li>• Proporção de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses</li> <li>• Número de pessoas diferentes atendidas</li> <li>• Número de consultas de pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma)</li> <li>• Proporção de cobertura de primeira consulta odontológica programática</li> <li>• Número de atendimentos de urgências odontológicas por habitante</li> <li>• Relação entre tratamentos concluídos primeiras consultas programáticas</li> <li>• Proporção de Pedidos de Interconsultas em relação ao número total de consultas agendadas</li> <li>• Número de primeiras consultas odontológicas realizadas</li> <li>• Número de consultas ofertadas</li> <li>• Número de consultas agendadas</li> <li>• Número de solicitações de consultas médicas especializadas</li> <li>• Número de consultas de atendimento pré-natal realizado por médico ou enfermeiro</li> <li>• Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos</li> <li>• Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de consultas de urgências em adolescentes</li> <li>• Proporção de reuniões de planejamento de caráter multiprofissional</li> </ul>
Atenção Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de escovação dental supervisionada</li> <li>• Proporção de avaliação de saúde bucal para gestantes após pelo menos duas consultas de pré-natal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de crianças com a primeira consulta odontológica com tratamento concluído</li> <li>• Proporção de cobertura de primeira consulta odontológica programática</li> <li>• Número de atendimentos de urgências odontológicas por habitante</li> <li>• Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas</li> <li>• Número de primeiras consultas odontológicas realizadas</li> <li>• Porcentagem de exodontias em relação aos procedimentos</li> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da AB</li> <li>• Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático</li> <li>• Validação do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)</li> <li>• Cobertura de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal</li> <li>• Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de casos de traumatismos em adolescentes</li> </ul>
Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de escovação dental supervisionada</li> <li>• Número de exames citopatológicos (CPs) coletados em mulheres entre 25-64 anos</li> <li>• Taxa de consultas médicas de planejamento familiar</li> <li>• Porcentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de câncer de colo-retal efetuado</li> <li>• Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos 2 anos</li> <li>• Proporção de gestantes com vacina em dia</li> <li>• Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais</li> <li>• Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</li> <li>• Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade</li> <li>• Razão de exame citopatológico do colo do útero</li> <li>• Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas</li> <li>• Número de visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeiro</li> <li>• Número da 3ª dose aplicada de vacinas tetra e pentavalente</li> <li>• Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planejamento familiar</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da ESB voltadas ao adolescente</li> <li>• Validação do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Proporção de biópsias realizadas em adolescentes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional</li> </ul>
Saúde da Criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de recém-nascidos com consulta médica até os 28 dias de vida</li> <li>• Média de consultas puericultura/criança</li> <li>• Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo</li> <li>• Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</li> <li>• Proporção de crianças menores de dois anos pesadas</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de um ano</li> <li>• Média de consultas médicas para menores de cinco anos</li> <li>• Proporção de crianças entre 0 e 72 meses acompanhadas</li> <li>• Proporção de crianças com monitoramento de crescimento adequado</li> <li>• Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento adequado</li> <li>• Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade</li> <li>• Proporção de crianças com suplementação de ferro</li> <li>• Proporção de crianças com a primeira consulta odontológica com tratamento concluído</li> <li>• Proporção de crianças com registro adequado</li> <li>• Proporção de crianças acompanhadas com avaliação de risco</li> <li>• Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas</li> <li>• Número da 3ª dose aplicada de vacinas tetra e pentavalente</li> <li>• Percentual de nascidos vivos com peso normal ao nascer</li> <li>• Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida</li> <li>• Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida</li> </ul>
Saúde do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da AB</li> <li>• Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de atendimentos odontológicos concluídos em adolescentes</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pelas ESB no universo das demandas</li> <li>• Proporção de visitas domiciliares da ESB voltadas ao adolescente</li> <li>• Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático</li> <li>• Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos</li> <li>• Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional</li> <li>• Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes</li> <li>• Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes</li> <li>• Proporção de biópsias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes</li> <li>• Proporção de exodontias realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de raspagens realizadas em adolescentes</li> <li>• Proporção de casos de traumatismos em adolescentes</li> <li>• Proporção de consultas de urgências em adolescentes</li> <li>• Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional</li> </ul>
Saúde da Mulher e Puerperal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de exames citopatológicos (CPs) coletados em mulheres entre 25-64 anos</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de gestantes com pré-natal em dia</li> <li>• Porcentagem de mulheres entre os 50- 69 anos com mamografia registrada nos últimos 2 anos</li> <li>• Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada</li> <li>• Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre</li> <li>• Proporção de gestantes com vacina em dia</li> <li>• Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais</li> <li>• Proporção de avaliação de saúde bucal para gestantes após pelo menos duas consultas de pré-natal</li> <li>• Razão de exame citopatológico do colo do útero</li> <li>• 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS</li> <li>• Número de consultas de atendimento pré-natal realizado por médico ou enfermeiro</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em saúde materna</li> <li>• Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planejamento familiar</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil</li> </ul>
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de atendimentos por diabético</li> <li>• Média de atendimentos por hipertenso</li> <li>• Proporção de diabéticos com pelo menos 2 consultas registradas nos últimos 12 meses</li> <li>• Proporção de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses</li> <li>• Número de consultas de pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma)</li> <li>• Proporção de pacientes com hipertensão controlada (PA&lt;140/90mmHg)</li> <li>• Proporção de pacientes com diabetes controlada (HbA1c&lt;8,0%)</li> <li>• Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial</li> <li>• Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado</li> <li>• Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus</li> </ul>
Panorama Geral da Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações por condições sensíveis à atenção primária</li> <li>• Percentual de internação por causas não sensíveis à atenção primária</li> </ul>
Nível de Nascimentos / Óbitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos</li> <li>• Número de óbitos maternos</li> <li>• 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS</li> <li>• Percentual de nascidos vivos com peso normal ao nascer</li> <li>• Proporção de nascidos vivos de mães por consulta de pré-natal (considerando sete ou mais consultas de pré-natal, 4 a 6 consultas de pré-natal e sem nenhuma consulta de pré-natal)</li> <li>• Taxa de mortalidade infantil</li> </ul>
Acesso / Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pela ESB</li> <li>• Proporção de adolescentes atendidos pelas ESB no universo das demandas</li> <li>• Proporção de reuniões com usuários para captar problemas e orientar planejamento</li> <li>• Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária</li> </ul>
Pacientes Referenciados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamentos de pacientes da atenção primária à saúde para outros níveis do sistema de saúde</li> <li>• Proporção de cirurgias indicadas logo após a primeira consulta</li> <li>• Número de solicitações de consultas médicas especializadas</li> <li>• Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da AB</li> </ul>
Características do Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de absenteísmo</li> <li>• Tempo médio de espera</li> <li>• Nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados</li> </ul>

Doenças Infectocontagiosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de sífilis congênita</li> <li>• Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar</li> <li>• Óbitos por dengue</li> </ul>
Mudança Percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível da mudança percebida do usuário em decorrência do tratamento recebido</li> </ul>
Nº de Serviços Implementados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de itens da carteira de serviços implementados</li> </ul>
Custos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo médio de medicamentos prescritos por usuário</li> </ul>

Fonte: próprio autor, 2023.

## 4 DISCUSSÃO

A área da atenção à saúde ambulatorial representa um sistema de grande complexidade, que, da mesma forma que supre necessidades básicas e essenciais da população, necessita de formas de avaliações estruturadas em dados factíveis. Nesse sentido, indicadores de qualidade para essa área em específico representam uma forma de aferição e classificação das condições dos serviços providos, considerando visões da gestão, equipe profissional e, sobretudo, dos utentes em si.

Considerando esse escopo, o local de destaque do usuário dentro do universo dos sistemas de saúde pode ser observado quando considerado que “nível de satisfação do usuário acerca dos serviços prestados” foi o indicador que mais foi avaliado nos estudos. Esse fato reforça a importância desse tipo de avaliação, em especial quando considerado que é a ênfase à experiência do paciente que poderá avaliar com maior propriedade o nível e a excelência da assistência oferecido pelas equipes, pelos procedimentos realizados e pela estrutura em geral (MARTINS; FRUTUOSO, 2017; CERVILHERI et al., 2020; ALMEIDA; GÓIS, 2020).

Ainda nesse sentido, torna-se ainda mais expressiva essa discussão quando considerado o deslocamento da ideia do cuidado singularmente biomédico para a de um cuidado centrado no usuário (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Esse modelo de trabalho pondera as individualidades e características únicas de cada usuário, o contexto no qual está inserido e suas condições gerais para a prática da melhor atenção possível, fixando o foco do cuidado no paciente e estabelecendo uma parceria com sua equipe profissional, sendo ele e todas as suas nuances o ponto de partida e o centro do tratamento a ser recebido (FERLA et al., 2022; GROVER et al., 2022; BOKHOUR et al., 2018)

Quando consideradas as “internações por condições sensíveis à atenção primária”, é necessário observar sua relevância embasada nas próprias políticas da atenção primária e nas estratégias de expansão do Sistema Único de Saúde (BRITO, 2022). O uso das internações hospitalares como forma de comparação com as ações da Estratégia Saúde da Família auxilia na avaliação da Atenção Primária à Saúde, além de tentar mensurar a sua capacidade de produzir mudanças na saúde da população (SANTOS, 2022).

Esse indicador em específico, além de representar uma oportunidade de identificação da efetividade e desempenho de um sistema de saúde como um todo (MAIA et al., 2019; CASTRO et al., 2020), possibilita, com a variação de suas taxas, identificar correlações mais profundas. Esse indicador, quando relacionado com períodos de crise econômica, fomenta a discussão sobre a relação da deterioração do estado de saúde da população e discrepâncias socioeconômicas (SANTOS, 2022).

A escovação supervisionada, é vista como um indicador de promoção e prevenção da saúde bucal (SILVA et al., 2022), sendo associado a problemas bucais de extrema pertinência. A cárie dentária é um desses problemas, sendo uma doença prevalente que, afetando aproximadamente 90% da população mundial (DIAS et al., 2019). Observa-se uma correlação entre a conscientização das formas de higienização oral corretas e outras ações de prevenção odontológicas e o impacto dessas na incidência de problemas bucais (SENA et al., 2018; PAREDES et al., 2020), o que reflete a significância da adoção desses tipos de indicadores.

Quando considerados os quantitativos dos números de consultas, torna-se importante analisar esses indicadores à luz de suas especificidades. Eles podem se tornar de grande valia, em especial porque fornecem informações sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde, seja associado a comorbidades, expansão de infraestruturas ou estratégia de aumento e consolidação da oferta dos serviços (NUNES et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019; TANAKA et al., 2019).

A predominância de indicadores de resultado, que avaliam o produto final da atenção recebida (DONABEDIAN, 1988), foi evidente nos achados da revisão integrativa. Essa perspectiva revela uma constante preocupação de uma avaliação mais densa da atenção à saúde provida, em especial para caracterizar e monitorar a *performance* e desempenho de determinado procedimento específico, as reações dos pacientes

acerca do tratamento recebido e do estado geral de um sistema de saúde (KHOSRAVI, 2022; MAES-CARBALLO et al., 2021; BÃO, 2019).

É importante destacar ainda nessa perspectiva sobre a relevância desse tipo de indicador para o financiamento da saúde pública em geral. São através de métodos de avaliação voltados para indicadores de resultado e desempenho técnico que regem a forma de financiamento e uso dos recursos para aplicação em serviços de saúde em estados e municípios (HARZHEIM et al., 2020; MASSUDA, 2020).

Nesse sentido, os indicadores encontrados, em especial ao que tangem na temática “Atendimentos por Profissional de Saúde”, que reportou o maior quantitativo, auxiliam a identificar o estado do sistema de saúde, e em como a atenção ao usuário está sendo conduzida de maneira geral (ARAÚJO; MACHADO, 2018).

Todas as temáticas encontradas possuem relação intrínseca com a boa manutenção da saúde pública, em especial à busca pela excelência na provisão de serviços essenciais à população. Áreas como atenção odontológica (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; DO AMARAL JUNIOR et al., 2020); saúde da mulher e puerperal (LIVRAMENTO et al., 2019; SILVA; AYOAMA, 2020); saúde da criança (BRANQUINHO; LANZA, 2018; SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020) e acesso e cobertura (PINTO; GIOVANELLA, 2018; VIACAVA et al., 2018) representam oportunidades para que, havendo a correta avaliação das ações nessas áreas, os ganhos são revertidos para os cidadãos, que demandam primazia nesses serviços.

As “Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde” tomaram papel de destaque na pesquisa, considerando o número de indicadores reportados à essa temática. Isso pode ser explicado pela constante expressividade que as políticas de prevenção e promoção em saúde ganharam na sociedade contemporânea, no que tange ao seu papel de potencializar as oportunidades de ensinamentos de boas práticas de saúde para os usuários, e destacá-los como atores centrais na manutenção de sua saúde (FORTUNE et al., 2018).

Políticas de saúde têm sido postas em prática com o intuito de fomento da participação social na conscientização sobre o bem-estar. Os indicadores pautados na prevenção e promoção à saúde vem de encontro com correntes de integração do cuidado através da fusão da reabilitação, prevenção e promoção das ações na saúde do cidadão (ARAÚJO; MACHADO, 2018).

Essa análise se torna ainda mais contundente quando considerado o modelo de atenção geral pelo Sistema Único de Saúde, com ações governamentais pautadas por diversos programas e iniciativas específicas para práticas de prevenção e promoção da saúde, e consolidadas com diretrizes como a Política Nacional de Atenção Básica (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Nesse sentido, existe a necessidade real de explorar essa perspectiva, especialmente quando consideradas a difusão e fomento da Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família no contexto da saúde pública brasileira (TESSER, 2020; MOLL et al., 2019).

Diante do exposto, pode-se interpretar que os indicadores de qualidade possuem potencial de representar diversas áreas distintas na atenção à saúde ambulatorial. Seus resultados podem, de fato, acarretar análises relevantes para a manutenção dos serviços providos aos usuários e seu uso representa um avanço na utilização de meio para a avaliação na saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da realização deste estudo, pode-se perceber a importância dos indicadores de qualidade para a área de atenção à saúde ambulatorial. As análises providas através de um sistema composto por indicadores precisos e factíveis podem ser de extrema valia para a gestão de um sistema de saúde. Torna-se necessário observar como esses indicadores estão distribuídos diante da realidade da organização, e se eles estão sendo utilizados considerando as características e especificidades da instituição que os emprega, para que suas reflexões possam ser pautadas em seu cenário de atuação. Da mesma forma, identifica-se a demanda de ponderação crítica dos resultados que os indicadores podem prover, para que seja possível análises externas e *benchmarks* com sistemas similares, a fim de consolidar ou ajustar estratégias de gestão.

Torna-se igualmente importante observar a forma como os indicadores são implementados por um sistema de saúde. O apoio da equipe técnica e da gestão, possuir os insumos básicos para a realização de suas análises e dispor de um setor ou colaboradores que possam realizar essa tarefa é de extrema significância para que

esse processo ocorra de forma assertiva, além da organização dispor de meios para realizar o monitoramento e avaliação corretos desses indicadores, assim como auditá-los. Através de um sistema de monitoramento baseado em dados factíveis e verificáveis, os serviços de atenção à saúde ambulatorial podem ser avaliados de forma clara e objetiva, com o foco final na manutenção da qualidade oferecida, item imprescindível para uma provisão de serviços de excelência para o usuário final.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Wánderon Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.

ARAÚJO, Isabela Dantas Torres de; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 73-86, 2018.

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 321-332, 2017.

BAHIA, Leandro Oliveira. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: Enap, 2021.

BÁO, Ana Cristina Pretto et al. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 377-384, 2019.

BOKHOUR, Barbara G. et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 168, p. 1-11, 2018.

BORDIN, Danielle et al. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 151-160, 2017.

BRANQUINHO, Isabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-11, 2018.

BRITO, Christiane da Silva et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1377-1388, 2022.

CASTRO, Dayanna Mary de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 1-12, 2020.

CRUZ, Andréia Cascaes; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-4, 2020.

DO AMARAL JÚNIOR, Orlando Luiz et al. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 143-159, 2020.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONATO, Helena; DONATO, Mariana. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Med Port**, v. 32, n. 3, p. 227-235, mar. 2019.

FERREIRA, Gabriela Souza Assis; SALGADO JUNIOR, Wilson; COSTA, André Lucirton. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1003-1014, 2019.

FORTUNE, Kira. Health promotion and the agenda for sustainable development, WHO Region of the Americas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 621-626, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 208-217, 2019.

GROVER, Sanya et al. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. **Patient education and counseling**, v. 105, n. 7, p. 1679-1688, 2022.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

KHOSRAVI, Sepehr et al. Indicators of quality of care in individuals with traumatic spinal cord injury: a scoping review. **Global spine journal**, v. 12, n. 1, p. 166-181, 2022.

MAES-CARBALLO, Marta et al. Quality indicators for breast cancer care: A systematic review. **The Breast**, v. 59, p. 221-231, 2021.

MAIA, Ludmila Grego et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, p. 1-11, 2019.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MOLINA, Karine Lorenzen; MOURA, Gisela Maria Schibella Souto de. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 17-25, 2016.

MOLL, Marciana Fernandes et al. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p. 134-140, 2019.

MONTEIRO, Baltazar Ricardo. Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os objetivos do desenvolvimento sustentável na saúde (ODS 3): Uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1221-1232, mar./2020.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2017.

PAREDES, Suyene de Oliveira et al. Padrão de higiene bucal influencia a severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 46-56, 2020.

PEREIRA, Bernadete dos Santos; TOMASI, Elaine. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, abr./jun. 2016.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019.

SANTOS, Filipe Malta dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. 1-14, 2022.

SENA, Valéria Silva et al. Prevenção de cárie em crianças do Piauí: um relato de experiência. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 15, n. 30, p. 140-146, 2018.

SILVA, Jadeyane Araújo; AOYAMA, Elisângela Andrade de. A importância da enfermagem obstétrica na saúde da mulher brasileira. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 1-6, 2020.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3185-3200, 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963-972, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2515-2515, 2020.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.