

# O CICLO PDCA COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA CONTÍNUA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

*THE PDCA CYCLE AS A STRATEGY FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT OF SUS PRIMARY CARE SERVICES*

*EL CICLO PDCA COMO ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SUS*

Xavéle Braatz Petermann<sup>1</sup>  
Ivana Maria Saes Busato<sup>2</sup>

## Resumo

O objetivo do estudo foi descrever as etapas do ciclo PDCA como estratégia de melhoria contínua dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de revisão teórica não sistemática de publicações. A Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde do SUS, coordenadora e ordenadora das ações e serviços. Os sistemas de saúde ordenados pela Atenção Básica apresentaram melhores resultados. Portanto, a estratégia selecionada para contribuir com a melhoria contínua dos serviços de Atenção Básica no estudo em tela foi o ciclo PDCA, composto por quatro etapas — planejar, fazer, verificar e agir — que acontecem de forma circular, gerando aprendizado e conhecimento para promover melhorias contínuas nos serviços. Tal ciclo compreende uma metodologia cuja função principal é auxiliar o diagnóstico, a análise e o prognóstico de problemas organizacionais para contribuir com o planejamento e monitoramento das atividades da Atenção Básica, como mostram os resultados deste estudo.

**Palavras-chave:** sistema único de saúde; atenção primária à saúde; qualidade da assistência à saúde; gestão em saúde.

## Abstract

This study objective was to describe PDCA Cycle stages as a continuous improvement strategy for Primary Care services of the Brazilian Unified Health System, through a non-systematic theoretical review of publications. Primary Care is the communication center and main gateway for the SUS Health Care Network, managing and organizing its actions and services. The health systems that have Primary Care showed better results. Therefore, the selected strategy to contribute with the continuous improvement of Primary Care services in this study was the PDCA Cycle, composed of four steps — Plan, Do, Check and Act — which take place in a circle, producing learning and knowledge to promote continuous services' improvement. This cycle contains a methodology whose main function is to help organizational problems' diagnosis, analysis, and prognosis to upgrade Primary Care activities planning and supervision, as this study results shows.

**Keywords:** unified health system; primary health care; quality of health care; health management.

## Resumen

El objetivo del estudio fue describir las etapas del ciclo PDCA como estrategia para la mejora continua de los servicios de Atención Primaria del Sistema Único de Salud (SUS), por medio de revisión teórica no sistemática de publicaciones. La Atención Primaria es la principal puerta de entrada y centro de comunicación de la Red de Atención a la Salud del SUS, coordinadora y organizadora de acciones y servicios. Los sistemas de salud organizados por la Atención Primaria han presentado mejores resultados. Por lo tanto, la estrategia seleccionada para contribuir con la mejora continua de los servicios de Atención Primaria en el presente estudio fue el ciclo PDCA, compuesto por cuatro etapas — planificar, hacer, verificar y actuar —, que se desarrollan en forma circular, lo que genera aprendizaje y conocimiento para promover mejoras continuas en los servicios. Este ciclo comprende una metodología cuya función principal es ayudar en el diagnóstico, análisis y pronóstico de problemas

---

<sup>1</sup> Email: xavelepetermann@gmail.com

<sup>2</sup> Email: ivana.bu@uninter.com

organizacionales, para contribuir con la planificación y seguimiento de las actividades de Atención Primaria, como muestran los resultados de este estudio.

**Palabras-clave:** Sistema Único de Salud; atención primaria de salud; calidad de la atención en salud; gestión en salud.

## 1 Introdução

A Atenção Básica (AB) se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância em saúde, dirigidas à população em território definido e realizadas por uma equipe multiprofissional. A AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora e ordenadora das ações e serviços da RAS (BRASIL, 2017).

Segundo Mendes (2011), sistemas de saúde baseados em uma forte orientação para a AB apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e geraram mais satisfação aos usuários quando comparados com sistemas de saúde com fraca orientação para a AB. Para uma AB como estratégia de organização da RAS existe a necessidade de adotar sete atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) e desenvolver três funções (resolubilidade, comunicação e responsabilização) (MENDES, 2011).

Queiroz *et al.* (2021) descrevem como principais desafios na AB as práticas de cuidado que não consideram as necessidades dos usuários, os processos de trabalho focados na lógica burocrática, medicalizante e procedimental, assim como os entraves relacionados aos modos de organização dos serviços, que geram barreiras de acesso. Associados a essas questões, percebe-se a necessidade, o interesse contínuo de monitoramento e avaliação dos resultados da AB alcançados em relação à organização, provisão dos serviços, e no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Portanto, a qualidade dos serviços de saúde constitui atualmente um imperativo técnico e social (MAIA *et al.*, 2011). A sociedade exige serviços seguros, eficazes e de qualidade, em patamares elevados, demandando do Estado cada vez mais ações nesse sentido (MAIA *et al.*, 2011).

A estratégia selecionada no estudo em tela para a melhoria contínua dos serviços de atenção básica do SUS foi o ciclo PDCA. O ciclo PDCA envolve toda a organização se estrutura em quatro etapas: planejar, fazer, verificar e agir (SILVA; SILVA, 2017). Como ciclo, não tem

começo ou fim, ocorre continuamente através de aprendizado para promover melhorias na organização (BUSATO, 2017).

Os estudos que utilizam o ciclo PDCA em serviços públicos de saúde, em especial na atenção básica brasileira, ainda são incipientes. Oliveira Meireles, Da Silva e De Sá (2014) descreveram a importância da adoção do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) utilizando o ciclo PDCA na gestão em serviços de saúde. Silva *et al.* (2021) apresentaram a aplicação do ciclo PDCA na gestão hospitalar. Sellera *et al.* (2019) expuseram o processo de implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), por meio do ciclo PDCA. Mota e Façanha (2021) abordam, em curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família (uma-SUS), a temática do ciclo PDCA e as ações de saúde. Nesse material (MOTA; FAÇANHA, 2021), o PDCA é descrito como recurso para auxiliar o diagnóstico, a análise e o prognóstico de problemas organizacionais, extremamente útil para solucionar problemas das unidades de saúde.

A partir disso, este estudo, por meio de uma revisão teórica não sistemática, teve como objetivo descrever as etapas do ciclo PDCA como estratégia de melhoria contínua dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **2 Qualidade dos serviços de atenção básica do SUS**

O Brasil possui um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, chamado SUS, resultante de uma luta pela redemocratização do país, legalmente norteado pelo conceito ampliado de saúde, ao considerar os determinantes e condicionantes socioambientais, e entender a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (PAIM *et al.*, 2011). No SUS, a AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora e ordenadora das ações e serviços da RAS (BRASIL, 2017).

Serviços com forte orientação para a AB e organizados com base em seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) resultam em melhores indicadores de saúde, maior eficiência do cuidado e em relação ao fluxo de usuários na RAS, além da utilização de práticas preventivas e mais satisfação para os usuários, o que diminui as desigualdades de acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2011; MENDES, 2011).

Queiroz *et al.* (2021) apontam como principais desafios na AB as práticas de atenção que não consideram as necessidades dos usuários, os processos de trabalho com enfoque na lógica burocratizada, medicalizante e procedimental, bem como os entraves relacionados aos

modos de organização dos serviços, os quais geram barreiras de acesso aos usuários. Associados a essas questões, percebe-se a necessidade, o interesse contínuo de monitoramento e avaliação dos resultados da AB alcançados em relação à organização, provisão dos serviços, e no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Atualmente, o Previne Brasil, um novo modelo de financiamento federal de custeio da AB no SUS, enfrenta o desafio de ampliar o acesso, melhorar a qualidade e promover equidade à AB no país (HARZHEIM, 2020). Esse programa é constituído por: I) capitação ponderada; II) pagamento por desempenho; e III) incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). Todos esses critérios são avaliados por meio dos indicadores em saúde. Resumidamente, os indicadores de saúde descrevem e monitoram a situação da saúde de uma população (OPAS, 2018).

Com base nisso, a qualidade dos serviços de saúde constitui atualmente um imperativo técnico e social (MAIA *et al.*, 2011). A sociedade exige serviços seguros, eficazes e de qualidade, em patamares elevados, demandando do Estado cada vez mais ações nesse sentido (MAIA *et al.*, 2011).

No âmbito dos serviços de saúde, especialmente na AB, a qualidade ocupa um papel de destaque. Nesse contexto, sua prática engloba a consciência desse nível quanto aos problemas de saúde da população, bem como à sua adequação não apenas às necessidades diagnósticas e de tratamento, mas também à prevenção e melhoria das condições de saúde. A qualidade, em sentido amplo, compreende ainda a satisfação dos usuários com os serviços prestados, os custos, a qualificação dos profissionais, a segurança e a ambiência das unidades de saúde, assim como a adequação dos equipamentos para realização dos serviços (STARFIELD, 2006).

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) sugerem a universalização do modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), composto por equipes completas com dedicação integral e aporte na estrutura física dos serviços para aprimorar a qualidade da AB no Brasil. Somar-se-iam a isto programas de educação permanente, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação nas equipes locais por meio das reuniões de equipe, estimulando a melhoria contínua da qualidade da AB no Brasil e contribuindo para a diminuição das desigualdades em saúde. Complementando, Martins, Martins e Botelho (2016) reforçam que os gestores públicos da atenção básica necessitam garantir estratégias que requalifiquem seu corpo profissional, tendo em vista a qualidade e a resolutividade do atendimento na AB.

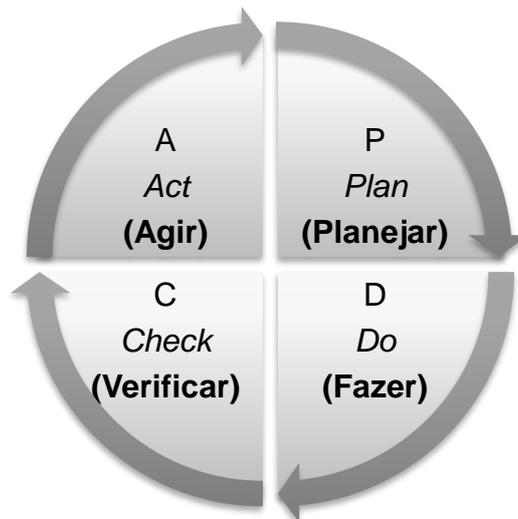
Nesse contexto de ênfase à qualidade dos serviços de AB, Fitzpatrick (2016) descreve o ciclo PDCA como uma ferramenta para identificar problemas, monitorar resultados dos processos de cuidar, planejar ações preventivas, e testar mudanças para melhorar continuamente a

qualidade dos sistemas de saúde. Mota e Façanha, (2021) sugerem o uso do ciclo PDCA para auxiliar no diagnóstico, na análise e no prognóstico de problemas organizacionais, extremamente útil para resolução de problemas das unidades de saúde.

### 3 O Ciclo PDCA: uma estratégia de melhoria contínua

O ciclo PDCA foi desenvolvido por Walter A. Shewhart na década de 30 e consolidado por Willian E. Deming a partir da década de 50, quando foi empregado com sucesso nas empresas japonesas para aumentar a qualidade dos processos. O ciclo PDCA é um conceito de gestão cujo objetivo é controlar e aprimorar os processos de uma organização de forma contínua, como um ciclo (Figura 1) sem começo ou fim para promoção de aprendizado e conhecimento visando melhorias constantes na gestão (BUSATO, 2017).

Figura 1: Ciclo PDCA

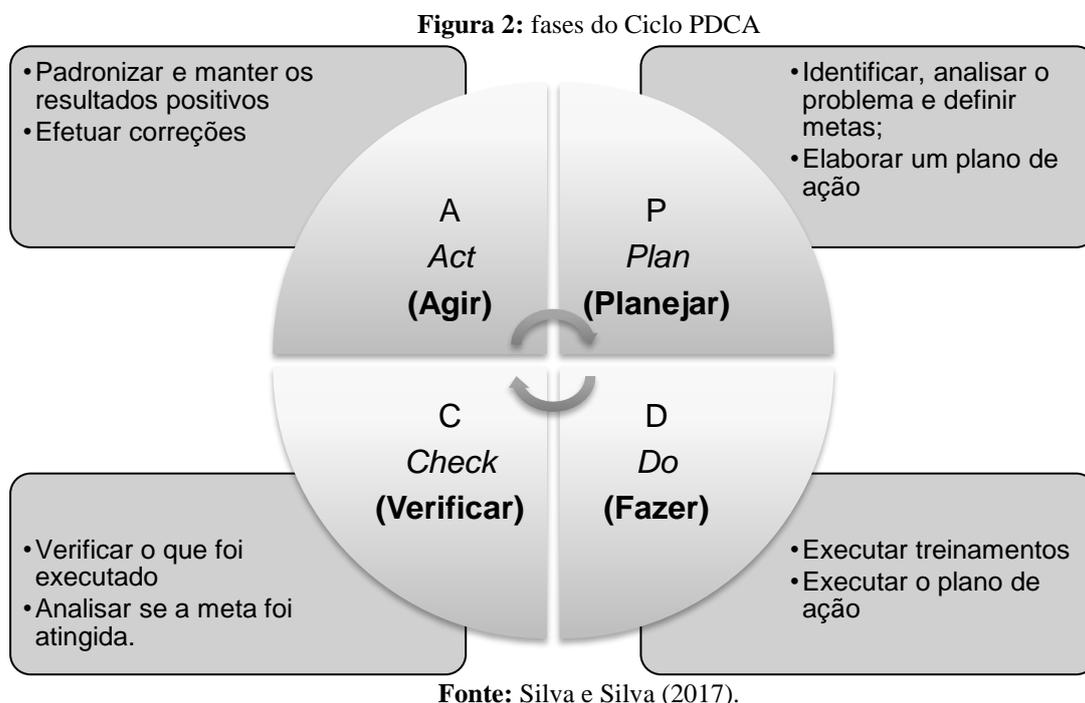


Fonte: Busato (2017).

O ciclo PDCA é gerencial, envolve toda a organização, e se constitui por quatro etapas: planejar, fazer, verificar e agir — divididas em fases (Figura 2). Vamos compreender cada fase desse ciclo conforme descrito por Silva e Silva (2017):

- P – Planejar: a primeira fase consiste em identificar o problema, que será analisado na segunda fase. É necessário determinar os objetivos e as metas esperados, os responsáveis por cada etapa de resolução do problema, bem como planejar as fases e os recursos para a execução.

- D – Fazer/Executar: consiste em executar o que foi planejado. Existe a necessidade de treinamento para todos os envolvidos para que a execução ocorra conforme o planejamento.
- C – Verificar: analisam-se os dados coletados durante a execução para verificar se a meta foi ou não atingida.
- A – Agir: é a fase de finalização das atividades e comemoração dos resultados. Neste momento, deve-se fazer uma avaliação crítica do processo, de modo que as ações com resultados positivos sejam padronizadas.



Essa gestão da qualidade acontece cotidianamente para solucionar problemas e aprimorar continuamente os processos. Portanto, a participação e o comprometimento de toda equipe de colaboradores, principalmente da alta direção, são essenciais para consolidar a qualidade como estratégia da organização (SILVA; SILVA, 2017).

Em resumo, as quatro etapas do ciclo PDCA integram um plano de ação para resolver um problema na organização através de planejamento, execução, checagem e ação. Após a ação, se houver necessidade, reinicia-se o plano até que se alcance o resultado desejado, configurando um ciclo contínuo de melhoria (LEITE *et al.*, 2020).

#### 4 Utilização do ciclo PDCA nos serviços de atenção básica do SUS

O ciclo PDCA, como apresentado, compreende uma metodologia cuja função principal é auxiliar no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais, sendo extremamente útil para a solução de problemas complexos e multifatoriais (MOTA; FAÇANHA, 2021). Destaca-se que, para consolidação da qualidade como estratégia da organização da AB no SUS, são essenciais a participação e o comprometimento de toda equipe de colaboradores, principalmente da alta direção (SILVA; SILVA, 2017).

Como parte desse ciclo, salienta-se a importância dos sistemas de informação em saúde (SIS) para registro e adequado monitoramento e avaliação das ações realizadas pela equipe de saúde. Os SIS são instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde (WHO, 2010).

Esse movimento de melhoria contínua dos serviços de AB deve iniciar por uma carga horária protegida para ações de educação permanente e reuniões regulares de equipe com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) prevê: I - ações de educação permanente para todos os profissionais da AB visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção à saúde; e II - reuniões de equipes com o objetivo de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações, visando a readequação constante do processo de trabalho.

A partir desses dispositivos, especialmente no espaço dialógico das reuniões de equipe, o ciclo PDCA poderá ser utilizado como estratégia para a melhoria contínua dos serviços de AB. Como descrito, o ciclo PDCA está dividido em quatro fases — planejar, fazer, verificar e agir. Cada uma das fases, conforme apresentado por Mota e Façanha (2021), correlaciona-se a um problema vivenciado na AB: uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

1. **Planejar (PLANO):** o planejamento envolve duas fases (SILVA; SILVA, 2017): I - identificar, analisar o problema e definir as metas; e, II – elaborar um plano de ação.

Diante do problema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos, decidiu-se pela elaboração de um plano de ação nas reuniões de equipe para alcançar os seguintes objetivos (MOTA; FAÇANHA, 2021):

- Diminuir o número de receitas de benzodiazepínicos dispensadas mensalmente;
- Oferecer atendimento diferencial para a renovação da receita deste medicamento, reavaliando a necessidade de continuidade do seu uso;
- Realizar o desmame do uso crônico de psicotrópicos, conforme avaliação médica;

- Orientar os pacientes a respeito dos efeitos colaterais relacionados ao uso crônico de benzodiazepínicos;
- Envolver a equipe de saúde no plano de ação.

Para a elaboração desse plano pode ser utilizada a ferramenta 5W2H, conforme exemplificado na Figura 3:

**Figura 3:** Ferramenta 5W2H.

<b>Problema:</b> uso indiscriminado de benzodiazepínicos.						
<b>What</b>	<b>Why</b>	<b>Where</b>	<b>Who</b>	<b>How</b>	<b>How much</b>	<b>When</b>
O que será feito? Ação.	Por que estamos fazendo isso? Justificativa.	Onde será desenvolvido? Local.	Quem fará? Responsáveis.	Como será feito? Descrição das atividades.	Quanto custa? Recursos	Quando será feito? Prazos
Coletar informações sobre os motivos de uso deste medicamento em prontuários e entrevistas com os usuários/famílias; realizar ações coletivas de orientação sobre o uso desse medicamento; realizar ações de educação permanente com a equipe de saúde sobre o tema; ofertar e atendimento diferencial para a renovação da receita; solicitar apoio do NASF para suporte as mudanças de estilo de vida e apoio emocional.	Prevenção dos efeitos colaterais do uso crônico de benzodiazepínicos.	Unidade de Saúde; Salão Comunitário (atividades coletivas).	Toda a equipe de saúde.	Orientações dos ACS nas visitas domiciliares; oferta de agenda de atendimento médico para a renovação das receitas; orientações sobre os efeitos colaterais desse medicamento e sobre mudança de estilo de vida; oferta de atendimento para suporte emocional.	Não haverá custos adicionais.	A ação será iniciada no próximo mês e será realizada de forma contínua: - agenda semanal médica para renovação de receitas; -encontros mensais com a população; -agenda semanal de orientação do NASF; - visitas domiciliares dos ACS conforme planejamento.  A reavaliação será mensal nos três primeiros meses e após será realizada trimestralmente.

**Fonte:** elaborado com base em Lucinda (2016).

2. **Fazer (IMPLEMENTAÇÃO):** envolve a execução do que foi planejado e, da mesma forma que a primeira fase, está dividida em duas etapas (SILVA; SILVA, 2017): I – realizar

ações de educação permanente sobre o tema nas reuniões de equipe; e, II – implementar o que foi planejado conforme o plano de ação.

Após as ações realizadas, a equipe de saúde identificou alguns fatores associados ao uso de diazepínicos na população, tais como: sedentarismo, estresse, problemas familiares, desemprego, dificuldades financeiras, queixas relacionadas à insônia e ansiedade (MOTA; FAÇANHA, 2021).

**3. Verificar (AVALIAÇÃO):** esta fase consiste em verificar o que foi executado e analisar se a meta foi atingida. Para tanto, comparam-se os dados obtidos na execução com o que se estabeleceu no plano (SILVA; SILVA, 2017), de modo que se podem utilizar indicadores definidos pela equipe de saúde, como, por exemplo:

- Número de atendimentos médicos para renovação de receitas;
- Número de receitas renovadas;
- Número de participantes e atividades coletivas sobre o tema;
- Número de atendimentos de orientação do NASF para suporte psicológico;
- Número de ações de educação permanente da equipe de saúde;
- Entre outros, conforme a realidade da equipe de saúde.

Assim, esta etapa envolve a coleta e comparação dos indicadores (antes e depois do plano de ação), resultando em uma análise dos dados do processo que fornece subsídios relevantes à próxima etapa.

**4. Agir (CORREÇÃO E PADRONIZAÇÃO):** a quarta fase consiste em padronizar e manter os resultados positivos, efetuar correções nas ações que não geraram resultados positivos na qualidade dos serviços ofertados (SILVA; SILVA, 2017). Envolve a busca por melhoria contínua até se atingir as ações que serão padronizadas para a resolução do problema, propiciando a criação de novos conhecimentos (MOTA; FAÇANHA, 2021). Por exemplo, quais foram as ações que mais contribuíram para o uso racional de benzodiazepínicos? A renovação de receitas por meio de um atendimento médico agendado? As ações coletivas para o uso racional de medicamentos? O suporte psicológico? Entre outras ações previstas.

Todo esse processo deve ocorrer de maneira compartilhada por todos os profissionais da equipe de saúde apoiada pela gestão. Se necessário, o plano de ação será adaptado, iniciando outro ciclo PDCA, com o objetivo de melhorar de forma contínua as ações e os serviços de saúde na AB.

## Conclusões

O objetivo deste estudo foi descrever as etapas do ciclo PDCA como estratégia de melhoria contínua dos serviços de AB do SUS por meio de uma revisão teórica não sistemática. As pesquisas com enfoque na utilização do ciclo PDCA na atenção básica são incipientes. A maioria dos estudos sobre essa estratégia de melhoria contínua envolvem a área da saúde hospitalar.

Na AB — porta de entrada do SUS — a territorialização e a análise da situação de saúde da população sob sua responsabilidade sanitária é uma atribuição da equipe de saúde. Neste sentido, o ciclo PDCA — planejar, fazer, verificar e agir — incorporado ao processo de trabalho das equipes de saúde, contribuirá para o planejamento e o monitoramento das atividades.

Ações que envolvem carga horária protegida para as reuniões de equipe e atividades de educação permanente são essenciais para a incorporação dessa estratégia nas equipes de saúde da atenção básica. A utilização do ciclo PDCA deve ocorrer de forma compartilhada por todos os profissionais da equipe de saúde e, principalmente, com apoio dos gestores públicos.

## Referências

ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

BRASIL. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 183, n. 1, p. 68-68, 21 set. 2017.

BRASIL. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 97, ed. 220, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BUSATO, I. M. S. **Planejamento estratégico em saúde**. Curitiba: InterSaberes, 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, 2018. Especial 1.

FITZPATRICK, J. J. Distinctions between research, evidence based practice, and quality improvement. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 29, p. 261, 2016. DOI 10.1016/j.apnr.2015.12.002

GOMES, Rosa Maria de Lima. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 50 p.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

LEITE, Y. G. L. *et al.* Desafios enfrentados pelas organizações na implantação de projetos de segurança a saúde, no combate ao Covid-19. *In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, .10, 2020, online. **Anais [...]**. CONBREPPO, 2020. Disponível em: [https://aprepro.org.br/combrep/2020/anais/arquivos/10222020\\_161018\\_5f91e41e7b616.pdf](https://aprepro.org.br/combrep/2020/anais/arquivos/10222020_161018_5f91e41e7b616.pdf). Acesso em: 16 mar. 2023.

LUCINDA, M. A. **Análise e melhoria de processos**: uma abordagem prática para micro e pequenas empresas. Porto Alegre: Simplíssimo, 2016.

MAIA, C. S. *et al.* Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.

MARTINS, M. M. F.; MARTINS, G. F.; BOTELHO, V. L. P. P. Avaliação da qualidade do cuidado na atenção primária à saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 9, n. 5, p. 85-92, 2016.

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

OLIVEIRA MEIRELES, T.; DA SILVA, K. T.; DE SÁ, L. L. F. A importância da adoção do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) utilizando o ciclo PDCA na gestão em serviços de saúde. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 12, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS — contribuições para o debate. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores de Saúde**: elementos conceituais e práticos. Washington, DC: OPAS, 2018.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

QUEIROZ, D. M. D. *et al.* Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 74, n. 5, e20210008, 2021.

SELLERA, P. E. G. *et al.* A implantação do sistema de monitoramento e avaliação da secretaria estadual de saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2085-2094, 2019.

SILVA, E. R. *et al.* Gestão hospitalar: aplicação do ciclo PDCA como estratégia de combate da COVID-19 em unidades de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 1, e37910110652-e37910110652, 2021.

SILVA, R. A.; SILVA, O. R. **Qualidade, padronização e certificação**. Curitiba: Intersaberes, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; MEC, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monitoring the building blocks of health systems**: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization, 2010.