UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ana Paula Nascimento Chain

Qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão dos serviços de saúde

Montes Claros

2011

Ana Paula Nascimento Chain

Qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão dos serviços de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Montes Claros - MG
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. João dos Reis Canela

Vice-reitora: Profa. Ms. Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Prof. Dr. Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Profa. Dra. Rita de Cássia Silva Dionísio

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Dr. Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dr. Daril Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. Osmar Pereira Oliva

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Prof. Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Profa. Ms. Maria Cristina Freire Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista De Paula.

Subcoordenador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

ALUNA: ANA PAULA NASCIMENTO CHAIN

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "Qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão dos serviços de saúde".

BANCA (TITULARES)	ASSINATURAS
Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira - Orientadora/Presidente	_____
Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins - UNIMONTES	_____
Prof. Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu - UFMG	_____
Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira - UNIMONTES	_____

BANCA (SUPLENTES)	
Profa. Dr. João Felício Rodrigues Neto - UNIMONTES	_____
Profa. Dra. Júlia Maria Moreira Santos - FUNORTE	_____

[ ] APROVADA **[ ] REPROVADA**

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF
http://www.unimontes.br / ppgcs@unimontes.br
Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil /CEP: 39401-001

A chegada até aqui, dedico a Deus. A minha mãe grande guerreira... As minhas irmãs Rô, Rê e Dani pelo apoio e incentivo. A Tó, Lú e Arthur Chain pela minha ausência em vários momentos de suas vidas. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) por ter estabelecido parceria com o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros e ofertado a minha qualificação profissional.

Ao Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni, Sr. Ivan José Santana Figueira, que acredita na educação como instrumento de melhoria de nosso trabalho e nos apoiou em vários momentos nesse percurso.

A minha orientadora Raquel Ferreira da Conceição, pelo aprendizado e dedicação por esses anos que trabalhamos juntos, e também pela sua orientação e profissionalismo.

Aos professores do PPGCS e aos que gentilmente aceitaram participar da banca de defesa.

Aos meus colegas de trabalho da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, e em especial aos do Núcleo Macro de Auditoria Assistencial Nordeste, que torcendo por mim, compreenderam minhas mudanças de humor e acolheram minhas angústias e ansiedades.

As colegas de trabalho e mestrado, por ter compartilhado tantas dúvidas, aflições e bons momentos. A Taty pelas inúmeras ajudas nas correções e formatação desse trabalho.

Aos gestores de saúde, coordenadores e gerentes da Estratégia Saúde da Família pela colaboração na pesquisa.

A toda turma do mestrado que dividiram conhecimentos e experiências Aos colegas que se empenharam em me ajudar na coleta de dados, por todos os municípios de nossa região.

A Dani e Cláudia, pelos vários pedidos de *Help!* prontamente atendidos.

Aos familiares e amigos que sem entender o porquê de tanta ausência, sempre me incentivaram e apoiaram.

RESUMO

A gestão possui papel fundamental no desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com qualidade. Partindo da premissa de que a avaliação é um instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade é um atributo fundamental a ser alcançado no SUS, esse estudo aferiu a autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e sua correlação com características das ESF e do município. Foram incluídos gestores e coordenadores das ESF dos 63 municípios e gerentes das 264 Unidades Saúde da Família (USF) da macrorregião Nordeste de Minas Gerais. Gestores, coordenadores e gerentes das USF responderam às dimensões Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família dos instrumentos de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), respectivamente. Cada instrumento possui padrões de qualidade organizados em subdimensões. Foram definidos escores para cada subdimensão, segundo o número de conformidades aos padrões da AMQ. Testou-se a correlação desse escore com cobertura e tempo de implantação das ESF e com população e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), informações obtidas a partir do Departamento de Atenção Básica e do Atlas de Desenvolvimento Humano. As análises foram realizadas empregando o programa SPSS v. 17.0. Os escores menores de conformidade com os padrões da AMQ foram para as subdimensões Gestão do Trabalho, Gestão da Educação Permanente, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Houve correlação positiva entre população municipal e as subdimensões Fortalecimento da Coordenação, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Normatização e correlação negativa com a subdimensão Infraestrutura e Equipamentos. Houve correlação negativa da subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos com população e IDH. Observaram-se desigualdades na avaliação da ESF, identificando-se as subdimensões e municípios que necessitarão de maior atenção. A partir dos resultados obtidos, gestores, coordenadores e gerentes das USF poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para a melhoria da qualidade da APS.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Management has a key role in the development of managing practices and sanitary, democratic and participatory, targeted at users of the Unified Health System (UHS), with quality. Assuming that the evaluation is a permanent tool for decision making and quality is a primordial attribute to be reached by UHS, this study measured the self-assessment of the quality of the Family Health Strategy (FHS) in the sphere of management, and its correlation with characteristics of the FHSs and the municipality. FHSs managers and coordinators of 63 municipalities, along with 264 Family Health Units' managers of Northeastern Minas Gerais macro-region were included. Managers, coordinators and Family Health Untis' managers answered to the questionnaire of Evaluation for the Quality Improvement of Family Health Strategy (EQI), to the following dimensions: Family Health Strategy's Development, Teams' Technical Coordination and Family Health Unit, respectively. Each instrument has quality standards organized into subdivisions. Scores were defined for each subdivision, according to the number of compliances to EQI standards. The correlation between this score with coverage and set up time of the FHSs were tested, along with the correlation between this score with population and human development index (HDI), information acquired from the Primary Care Department, and from the Human Development Atlas. Analyses were performed using the software SPSS v. 17.0. The lower scores in accordance with the EQI standards were for the following management subdivisions: Work, Continuing Education, Supplies, Immunobiological and Drugs. There was a positive correlation amongst municipal population with the subdivisions of: Strengthening Coordination, Monitoring Teams, Continuing Education and Standardization, as well as a negative correlation between municipal population with the subdivisions of Infrastructure and Equipment. There was a negative correlation amongst the subdivisions of Supplies, Immunobiological and Drugs with population and HDI. Inequalities in the evaluation FHS were perceived, and the subdivisions and municipalities that will need more attention. From the results obtained, managers, coordinators and Family Health Untis' managers can prepare plans and propose actions to improve the quality of Primary Health Care.

Keywords: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Health Management. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Implantação e Implementação da Saúde da Família no município* segundo os gestores de saúde. 2011 55

Gráfico 2: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Integração da Rede de Serviços* segundo os gestores de saúde. 2011 57

Gráfico 3: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão do Trabalho* segundo os gestores de saúde. 2011 59

Gráfico 4: Frequência de municípios da regional Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Fortalecimento da Coordenação* segundo os gestores de saúde. 2011 60

Gráfico 5: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Planejamento e Integração* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 62

Gráfico 6: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Acompanhamento das Equipes* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 64

Gráfico 7: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Educação Permanente* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 66

Gráfico 8: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Avaliação* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 67

Gráfico 9: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Normatização* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 69

Gráfico 10: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Infraestrutura e Equipamentos da USF* segundo os gerentes das USF. 2011 71

Gráfico 11: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos* segundo os gerentes das USF. 2011 73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais que estão em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Implantação e Implementação da Saúde da Família no município* segundo os gestores de saúde. 2011 56

Tabela 2: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Integração da Rede de Serviços* segundo os gestores de saúde. 2011 58

Tabela 3: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão do Trabalho* segundo os gestores de saúde. 2011 59

Tabela 4: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Fortalecimento da Coordenação* segundo os gestores de saúde. 2011 61

Tabela 5: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Planejamento e Integração* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 63

Tabela 6: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Acompanhamento das Equipes* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 65

Tabela 7: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Educação Permanente* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 66

Tabela 8: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Avaliação* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 68

Tabela 9: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Normatização* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011 70

Tabela 10: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Infraestrutura e Equipamentos da USF* segundo os gerentes das USF. 2011 72

Tabela 11: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos* segundo os gerentes das USF. 2011 74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Atenção Primária à Saúde no Mundo 13
1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil 14
1.3 Avaliação da Atenção Primária e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade 16
1.4 Gestão dos Serviços de Saúde e Avaliação da Qualidade na Atenção Primária 20
1.5 Caracterização da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais 21
2 OBJETIVOS 23
2.1 Objetivo Geral 23
2.2 Objetivos Específicos 23
3 PRODUTO 24
3.1 Artigo 1: *Adequação da gestão da Estratégia Saúde da Família de municípios do Nordeste de Minas Gerais* formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública. 24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 48
REFERÊNCIAS 50
APÊNDICES 53
ANEXOS 75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde no Mundo

O marco na história da organização dos sistemas de saúde surgiu na Grã-Bretanha, em 1920, a partir do *"Relatório Dawson"*. Nasceram na saúde pública duas propostas, sendo elas: usar a descentralização geográfica, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde como meio de alcançar eficiência e implantar um sistema integrado de medicina preventiva e curativa. Diante da segunda proposta, os serviços de saúde foram organizados em três níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, cada um com uma função definida e com vínculos entre si (1). Tal relatório serviu de base para muitos países reorganizarem seus serviços de saúde, os quais atualmente possuem claramente níveis definidos de atenção (2).

No contexto histórico da atenção primária, as bases da promoção de saúde obtiveram um novo significado em 1974, quando o então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, publicou o relatório *A new perspective on the Health of Canadians* (Uma nova perspectiva na saúde dos Canadenses). Esse documento elencou como determinantes sociais do processo saúde-doença: a biologia humana, o meio ambiente, estilos de vida, organização da atenção em saúde e a preocupação com o entorno ambiental (3). O relatório de Lalonde foi o primeiro documento sobre promoção de saúde como política de governo, o que levou diversos países a discutir os determinantes sociais do processo saúde-doença e, por isso, contribuiu para embasar, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma Ata (4,5).

A Conferência Internacional de Alma-Ata reconheceu a saúde como direito de todos e que seus determinantes são intersetoriais. Especificou como componentes fundamentais da atenção primária à saúde: educação em saúde, saneamento básico, programas de saúde materno-infantil, com enfoque na imunização e no planejamento familiar, a prevenção de doenças de caráter endêmico, o tratamento adequado das doenças e das patologias mais comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa alimentação e a medicina tradicional (5). A Atenção Primária à Saúde (APS) foi assim definida:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (5).

1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Na década de 60 iniciaram-se debates em diversos países sobre políticas de saúde pública, com o propósito de enfrentamento dos problemas de saúde da população. As conferências internacionais foram organizadas, com o objetivo de buscar soluções e modelos de políticas que atendessem às necessidades e respondessem às reivindicações de cada sociedade (6). A história das políticas de saúde no Brasil tem grande marco no movimento da Reforma Sanitária que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. O relatório final desta Conferência serviu de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização das ações e serviços de saúde (7).

Após dois anos, o SUS foi regulamentado por duas leis federais - Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 - que estabeleceram a descentralização e a participação popular como uma das diretrizes de atuação político-administrativa, que devem ser acatadas pelas três esferas de governo (8,9).

Diante de prerrogativas legais, os municípios passaram a ser reconhecidos como entes governamentais autônomos devendo ser responsáveis pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde em nível local. Neste contexto, os gestores de saúde tornaram novos e importantes atores. A partir da descentralização, os problemas de saúde passaram a ser de responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao Estado e à União o papel de apoio técnico e financeiro.

A garantia dos princípios assistenciais destacados na conferência de Alma Ata se concretizou no Brasil após a criação do SUS e com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF tornou a base de um novo modelo brasileiro de atenção à saúde, em substituição a um modelo tradicional centralizado na assistência hospitalar, nas práticas médicas especializadas e na utilização de alta tecnologia, e passou a ser considerado como uma estratégia estruturante da organização do SUS, com o objetivo de fortalecimento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (10). De forma substitutiva, o PSF passou a ser entendido como Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim e o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para sua finalização.

No Brasil, com o aprofundamento da descentralização na construção constante do SUS, revelou-se a necessidade de incremento nas relações e nos processos de trabalho, assim como na capacidade gerencial dos sistemas de saúde municipais (11). No processo histórico das políticas públicas de saúde, os sistemas de saúde, as instituições e seus usuários foram adquirindo necessidades e, respectivamente, transformações que possibilitaram o acompanhamento de novas expectativas a serem atendidas. E, nestas transformações foram surgindo também a necessidade de se reorganizar os serviços de saúde pública, com enfoque nas ações de saúde que englobam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos indivíduos.

A expansão acentuada da ESF, na última década, colocou em discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços, impulsionando a necessidade de se criar mecanismos e estratégias efetivas de monitorar e avaliar a atenção primária (12). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) a partir de 2003, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS/MS), passou a estimular atividades de monitoramento e avaliação, buscando defender o desenvolvimento de uma cultura de aprimoramento contínuo a partir da institucionalização de processos avaliativos (13).

Iniciativas do Ministério da Saúde para desenvolver estudos avaliativos na atenção à saúde merecem destaque. A Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica tem como um dos objetivos induzir a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação da atenção primária na rotina da gestão e dos serviços de saúde (14). No contexto dessa política,

foi iniciada a proposta metodológica de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que vem sendo desenvolvida pelo MS, em conjunto com os estados e municípios. Trata-se de uma metodologia voltada para a melhoria da qualidade das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, por meio da avaliação. Dessa forma, a metodologia estreita a relação entre os campos teóricos da avaliação e da qualidade, situando a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS (15).

1.3 Avaliação da Atenção Primária e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade

Na década de 60, Donabedian apresentou um modelo de avaliação da qualidade em saúde, que posteriormente foi utilizado em todo o mundo como a referência essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Esse autor propôs um modelo assistencial unificado e baseado em três componentes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado (16).

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes. E os resultados são produtos das ações e as modificações no estado de saúde dos indivíduos e da população. Para Donabedian, o processo é a melhor abordagem para avaliar a qualidade do cuidado prestado, ressaltando que a estrutura é fundamental para o desenvolvimento do processo, assim como para o alcance de resultados. Pondera que o uso isolado de qualquer um desses componentes é insuficiente. Assim, a melhor estratégia para se alcançar a qualidade dos serviços de saúde é a seleção de um conjunto harmônico da tríade (estrutura- processo -resultado) (16).

O Ministério da Saúde transportou para a AMQ os conceitos do modelo da tríade de Donabedian e, assim, os exemplifica na APS: <u>estrutura</u> – insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa; <u>processo</u> - aspectos organizativos, técnico-científico e interpessoal; <u>resultado</u> - acesso, adequação e efetividade para promover mudanças na saúde da população (15).

Avaliação, planejamento e gestão da ESF estão contextualizados e institucionalizados na avaliação da APS, no âmbito municipal, através da AMQ. Focada na autoavaliação e apresentando padrões de referência para a organização dos serviços, a proposta da AMQ da ESF não se constitui em uma atividade final, mas uma atividade-meio, que estimula e orienta para alcance da qualidade dos serviços (17). Com uma metodologia dinâmica e sistêmica, baseada no princípio da autogestão, a AMQ propõe aos gestores, coordenadores municipais da ESF, gerentes das Unidades Saúde da Família (USF) e aos profissionais da ESF, um instrumento contínuo para auxiliar na tomada de decisões, objetivando qualidade nos serviços de saúde por eles prestados (18).

A proposta da AMQ da ESF contém cinco instrumentos, totalizando 300 questões, sendo o primeiro destinado ao gestor municipal da saúde, o segundo ao coordenador municipal da ESF, o terceiro ao gerente da USF e os demais aos profissionais da ESF (15). Cada um dos instrumentos contempla uma dimensão, sendo: instrumento I: Desenvolvimento da ESF, instrumento II: Coordenação Técnica das Equipes, instrumento III: Unidade Saúde da Família, instrumento IV e V Equipe Saúde da Família. A estrutura interna de cada instrumento está organizada em subdimensões, que abrangem determinados grupo de padrões correspondentes (Quadro 1).

Quadro 1: Estrutura geral dos instrumentos para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Componente ou Unidade de Análise	Instrumento (Dimensão)	Subdimensão	Usuário (Quem responde)
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/Implementação da SF no município	Gestor Municipal da Saúde
		Integração da Rede de Serviços	
		Gestão de Trabalho	
		Fortalecimento da Coordenação	
	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração	Coordenadores ou responsáveis pelo acompanhamento das equipes de Saúde da Família
		Acompanhamento das Equipes	
		Gestão da Educação Permanente	
		Gestão da Avaliação	
		Normatização	
	Unidade Saúde da Família	Infraestrutura e Equipamentos da USF	Responsáveis pela gerência da Unidade Saúde da Família
		Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	
Equipe	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do trabalho em Saúde da Família	Profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal
		Acolhimento, Humanização e Responsabilização	
		Promoção da Saúde	
		Participação Comunitária e Controle Social	
		Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF	
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças	Profissionais de nível superior da equipe: médico, enfermeiro e cirurgião-dentista
		Saúde de Adolescentes	
		Saúde de Mulheres e Homens Adultos	
		Saúde de Idosos	
		Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis	
		Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada	
		Padrões Loco-regionais	

Fonte: adaptado Ministério da Saúde, 2008.

Cada uma das subdimensões de acordo com a temática, atribuição ou responsabilidade pela ação indicada, se organizam em padrões de qualidade categóricos (sim ou não), organizados em estágios de qualidade ascendentes e incrementais: elementar, em desenvolvimento, consolidada, boa e avançada (15).

Segundo Silva (2010):

> " Tal classificação pressupõe níveis distintos de complexidade a ser alcançada. Todavia, a definição de escores e o estabelecimento de pontos de cortes específicos para a classificação apresentada não são definidos. Apesar de tais limitações, o instrumento tem o mérito inconteste de apresentar padrões de referência de qualidade a serem atingidos. Cultiva de tal forma, a busca da excelência, mais do que o simples inquérito avaliativo" (17).

A literatura brasileira apresenta poucas referências sobre o tema (19), e embora seja uma política oficial de melhoria da qualidade da APS no Brasil, poucos são os trabalhos que

descreveram as experiências de utilização dos instrumentos sobre os aspectos metodológicos e práticos do AMQ (17,19,20,21,22).

Pesquisa realizada no município de Montes Claros/MG, utilizando instrumentos da AMQ como inquérito entre profissionais de nível superior das equipes da ESF, verificou a adequação das equipes da ESF aos padrões de qualidade do MS e sua correlação com ações de atenção à saúde, segundo a visão destes profissionais. O resultado foi uma correlação positiva entre a consolidação do modelo baseado em atenção primária à saúde e a melhoria da qualidade (17).

Na Cidade do Recife, Silva (2008), questionários contendo padrões de qualidade da AMQ foram aplicados junto às Equipes de Saúde Bucal, a fim de mensurar o nível de qualidade da atenção odontológica em diferentes distritos sanitários. O autor percebeu a predominância, nos instrumentos avaliativos da AMQ, dos padrões de qualidade voltados para as atividades inerentes ao restante da ESF, e considerou a necessidade de se incluir padrões de qualidade voltados para a saúde bucal. Os resultados demonstraram que os níveis de qualidade variaram entre regular e bom, o que indicou a inexistência de uma padronização no estágio de desenvolvimento das Estratégias de Saúde Bucal entre os distritos sanitários deste estado (22).

Venâncio et al. (2008) realizaram um estudo piloto sobre o processo de implantação do AMQ na região de Registro, Estado de São Paulo. Os autores obtiveram resultado positivo ao verificar que os atores envolvidos na proposta (gestores, coordenadores e profissionais das ESF) compreenderam a importância da avaliação nos serviços de saúde como um instrumento para a melhoria da qualidade e concluíram ser a AMQ uma alternativa viável para a avaliação e monitoramento da ESF (19).

Utilizando o componente equipe, Sarti (2009) propôs uma metodologia de análise da AMQ, que permitiu avaliar a qualidade autorreferida da ESF do estado do Espírito Santo segundo os profissionais das equipes saúde da família, como também verificou a relação existente entre esta qualidade autorreferida e características da ESF, como tempo de implantação e cobertura populacional, além da população municipal. Obteve como resultado a identificação de problemas relacionados aos processos de trabalho das equipes e sugeriu a utilização dos instrumentos da AMQ no processo decisório dos atores envolvidos na gestão da Saúde da Família (23).

1.4 Gestão dos Serviços de Saúde e Avaliação da Qualidade na Atenção Primária

A prática diária de gestão municipal do SUS coloca um enorme desafio aos gestores: procurar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os ajudem a tomar decisões precisas e imediatas, além de dirigir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade. São envolvidos em um complexo conjunto de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas e projetos prioritários (federais e estaduais), anúncios de novas tecnologias e sistemas de informação, e esses fatos, muitas vezes, não os fazem avaliar e nem monitorar a qualidade dos serviços que ofertam.

O gestor de saúde necessita tomar decisões que sejam compatíveis com o interesse de seus munícipes, tanto da microrregião a qual pertence, quanto da macrorregião de referência. Porém, diversos fatores fizeram e fazem com que haja um aumento na demanda por maiores informações no setor público. Entre eles, destacam-se: aumento da complexidade do ambiente socioeconômico, inovação tecnológica, a pressão da sociedade por maior participação do Estado na oferta de bens públicos, a judicialização da saúde, a necessidade dos gestores públicos prestarem conta de seus atos em decorrência do maior nível de fiscalização e aumento na rapidez das mudanças sociais, políticas e econômicas.

Em face das constantes mudanças atualmente percebidas no setor saúde, o gestor tem que ter perfil gerencial para que o sistema de saúde não fique à margem dos acontecimentos. Este é o fator determinante. Não há alternativa senão aprimorar a prestação de serviços públicos de saúde, com enfoque maior na atenção primária à saúde, de forma organizada, humanizada, com custos mais baixos e com maior impacto sobre os níveis de saúde e sobre a qualidade de vida da população.

Dentre as funções do coordenador municipal da ESF, também chamado de coordenador da atenção primária, destaca-se o cumprimento da Política Nacional de Atenção Básica. Um dos fundamentos desta política é a realização e o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte de um processo de planejamento e programação (24). Portanto, cabe ao coordenador gerenciar tecnicamente as Equipes de Saúde da Família, com avaliação e monitoramento da qualidade na atenção primária.

Em decorrência do aumento expressivo do número de equipes da ESF no Brasil, e, consequentemente, nos 63 municípios pertencentes à macrorregião sanitária do nordeste de Minas Gerais, acrescido às fragilidades gerenciais encontradas na atenção primária, torna-se imprescindível avaliar a qualidade no âmbito da gestão.

Considerando a necessidade eminente de avaliar a qualidade da ESF, assim como o importante papel do gestor, do coordenador municipal da ESF e dos responsáveis pela gerência das Unidades Saúde da Família na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus munícipes, justifica-se desenvolver um estudo para aferir a qualidade da gestão da Estratégia Saúde da Família aos padrões de qualidade proposto pelo MS. Essa é a proposta do presente trabalho.

1.5 Caracterização da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

A divisão territorial assistencial por macrorregiões, em Minas Gerais, foi adotada em 2002, visando uma melhor resposta a determinadas situações de saúde (Figura 1). Devem ter, em tese, população mínima de 500.000 habitantes em sua referência territorial e possuir autossuficiência em grande parte dos atendimentos prestados na alta complexidade. A macrorregião Nordeste é constituída de 63 municípios, com uma população estimada em 2009 de 917.594 habitantes, distribuída em uma área territorial de 56.641 km², com uma densidade demográfica de 16,2 hab/km² (25). A Fundação João Pinheiro, em informativo publicado em agosto/2008 do Centro de Estudos em Políticas Públicas, considera que o Nordeste de Minas Gerais possui características diferenciadas das demais regiões do Estado. É uma das regiões mais pobres do Estado, possuindo forte desigualdade social e prevalência da população rural. Abrange, geograficamente, os Vales do Mucuri e Jequitinhonha, subdividida em oito microrregiões (26).

Diante deste quadro, o papel da gestão é fundamental no desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas aos seus munícipes com qualidade.

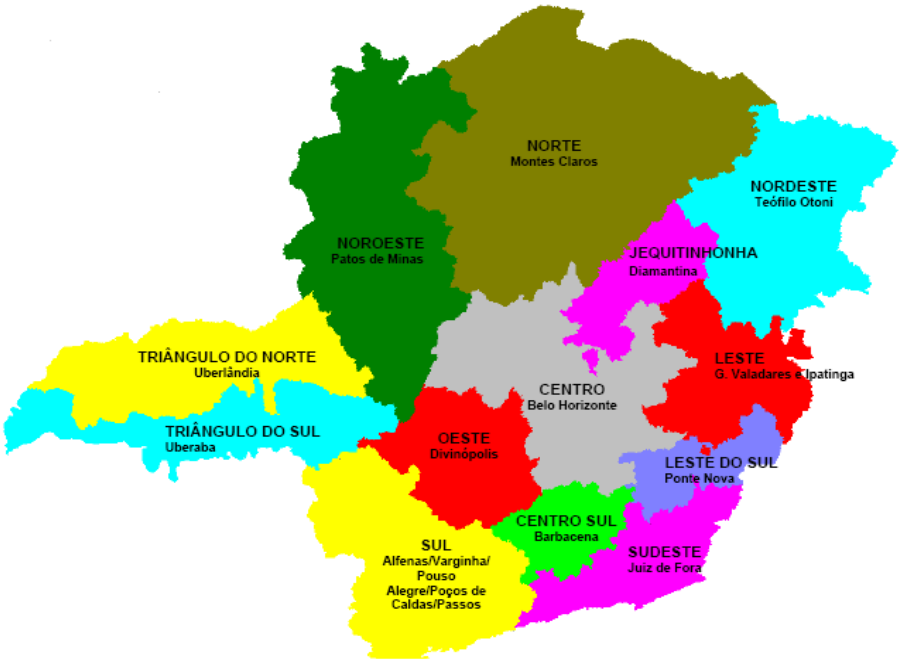

Figura 1: Divisão territorial de Minas Gerais por macrorregiões.
Fonte: PDR/MG ajustado em 09/12/2009 - Deliberação CIB-SUS/MG 618, de 09/12/2009 (27).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família considerando a autoavaliação referida pelos gestores, coordenadores municipais e gerentes das Unidades Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Aferir a autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão.
- Verificar a correlação entre a autoavaliação da Estratégia Saúde da Família realizada pelos gestores, coordenadores municipais e gerentes das Unidades Saúde da Família com características do município (Índice de Desenvolvimento Humano e população) e das equipes (cobertura e tempo de implantação).

3 PRODUTO

3.1 Artigo 1: *Adequação da gestão da Estratégia Saúde da Família de municípios do Nordeste de Minas Gerais* formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública.

Adequação da gestão da Estratégia Saúde da Família de municípios do Nordeste de Minas Gerais

Management suitability of the Family Health Strategy (FHS) in the municipalities of Northeastern Minas Gerais

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – MG.

RESUMO

Aferiu-se a autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e sua correlação com características das ESF e do município. Gestores, coordenadores e gerentes das Unidades Saúde da Família responderam instrumentos de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Foram definidos escores para cada subdimensão, segundo o número de conformidades aos padrões da AMQ. Testou-se a correlação desse escore com cobertura e tempo de implantação das ESF e com população e IDH. Os escores menores foram para Gestão do Trabalho, da Educação Permanente, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Houve correlação positiva entre população municipal e Fortalecimento da Coordenação, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Normatização e negativa com a Infraestrutura e Equipamentos. Houve correlação negativa de Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos com população e IDH. Observaram-se desigualdades na avaliação da ESF, identificando-se as subdimensões e municípios que necessitarão de maior atenção e intervenção da gestão municipal.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The self-assessment of the quality of Family Health Strategy (FHS) in the sphere of management, and its correlation with the characteristics of the municipality and the characteristics of the FHSs were measured. Managers, coordinators and family health units' managers answered to questionnaires of Assessment for Quality Improvement in the Family Health Strategy (AQI). Scores were defined for each sub-dimensions, according to the number of compliances to AQI standards. The correlation between these scores with the coverage and set up time of the FHSs were tested, along with the correlation between these scores with population and Human Development Index (HDI). The lower scores were for Work Management, Continuing Education, Material Used, Immunobiologicals and Drugs. There was a positive correlation amongst municipal population with strengthening coordination, monitoring teams and management, continuing education of standardization and a negative correlation with the infrastructure and equipment. There was a negative correlation amongst Materials Used, Immunobiologicals and Drugs with population and HDI. Inequalities in the evaluation of ESF were perceived, and the sub-dimensions and municipalities that will need more attention and municipal management intervention were identified.

Keywords: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Health Management. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A expansão acentuada, na última década, da Estratégia Saúde da Família (ESF) colocou em discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços, impulsionando a necessidade de se criar mecanismos e estratégias efetivas de monitorar e avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS)[1]. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) passou a estimular atividades de monitoramento e avaliação, buscando defender o desenvolvimento de uma cultura de aprimoramento contínuo a partir da institucionalização de processos avaliativos[2].

Iniciativas do MS para desenvolver estudos avaliativos na atenção à saúde merecem destaque. A Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica tem como um dos objetivos induzir a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na rotina da gestão e dos serviços de saúde[3]. No contexto dessa política, foi iniciada a proposta metodológica de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que vem sendo desenvolvida pelo MS, em conjunto com os estados e municípios. Trata-se de uma metodologia voltada para a melhoria da qualidade das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, por meio da avaliação. Dessa forma, a metodologia estreita a relação entre os campos teóricos da avaliação e da qualidade, situando a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS[4].

O Ministério da Saúde transportou para a AMQ os conceitos do modelo da tríade de Donabedian e, assim, os exemplifica na Atenção Primária à Saúde: estrutura – insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa; processo - aspectos organizativos, técnico-científico e interpessoal; resultado - acesso, adequação e efetividade para promover mudanças na saúde da população[4].

Como subsídio para a avaliação, na perspectiva de melhoria contínua da qualidade, o MS desenvolveu instrumentos de autoavaliação, dirigidos à gestão municipal de saúde, a coordenação municipal da ESF, ao responsável pelo gerenciamento das Unidades Saúde da Família (USF) e às equipes de Saúde da Família. Esses orientam a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas partindo

da formulação atual da ESF (princípios, diretrizes e campos de atuação), e podem ser utilizados como referência para a organização da ESF nos municípios[4]. A AMQ considera duas grandes unidades de análise ou componentes distintas e integradas: Gestão e Equipe. Para cada uma dessas unidades, foram definidos grandes eixos de análise, denominadas dimensões, que por sua vez são desdobrados em subeixos ou subdimensões. Cada subdimensão conta com padrões de qualidade, totalizando 300 padrões divididos em cinco instrumentos[4].

A AMQ possui como diretrizes os processos autoavaliativos, de livre adesão pelos gestores, que deverão sensibilizar e mobilizar coordenadores, gerentes das USF e equipes da ESF a participarem, e ausência de incentivos ou sanções financeiras ou outras relacionadas aos resultados alcançados. O uso dos instrumentos serve como subsídio de orientação na gestão da APS, na medida em que possibilita a elaboração de planos de ação para a melhoria da qualidade da ESF. Dirigidos a atores diferenciados, de diferentes lugares e com interesses distintos, sua utilização tem como maior beneficiário o usuário do SUS, uma vez que, com o alcance de níveis mais avançados de qualidade da ESF implicará na melhoria do acesso aos serviços, maior resolubilidade e atenção humanizada[4]. Embora os instrumentos da AMQ constituam um mecanismo de avaliação da política de melhoria da qualidade da ESF no Brasil, ainda são poucos os trabalhos que realizam estudos com a utilização e avaliações desses[5,6,7].

Considerando a necessidade eminente de monitorar e avaliar a atenção primária à saúde, assim como o importante papel do gestor, do coordenador municipal da ESF e dos gerentes das USF na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus munícipes, justifica-se aferir a autoavaliação da qualidade da ESF nos municípios da macrorregião nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão. E a AMQ representa uma oportunidade objetiva de aferir os resultados da autoavaliação da qualidade da ESF.

O nordeste de Minas Gerais é uma das regiões mais pobres do Estado, possuindo forte desigualdade social e prevalência da população rural[8]. Avaliar qualidade da APS, nesse cenário, é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população, principalmente em um contexto marcante de desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde[9].

Esse trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família considerando a autoavaliação referida pelos gestores, coordenadores municipais e gerentes das Unidades Saúde da Família dos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais e verificar a correlação entre os escores da autoavaliação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a população municipal, a cobertura e o tempo de implantação das ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, realizado entre os municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais, que abrange geograficamente, os Vales do Mucuri e Jequitinhonha, subdividida em oito microrregiões sanitárias. A macrorregião assistencial de saúde do nordeste mineiro é constituída por 63 municípios, com população estimada em 2009 de 917.594 habitantes, uma área territorial de 56.641 km², com uma densidade demográfica de 16,2 hab/km² [10]. O IDH médio é de 0.636[11]. Essa macrorregião possui em sua abrangência as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) de Teófilo Otoni e Diamantina e a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul. A SRS Teófilo Otoni abrange 32 municípios, 25 municípios são jurisdicionados pela GRS de Pedra Azul e seis pertencem à jurisdição da SRS de Diamantina e compõem a microrregião de Araçuaí[10]. Os 63 municípios possuíam 264 equipes da ESF no momento da coleta de dados.

Foram incluídos no estudo todos os gestores, coordenadores e gerentes das USF dos 63 municípios da região Nordeste de Minas Gerais, que exerciam a função no período de fevereiro a março de 2011. O universo foi, portanto, constituído por 63 gestores, 63 coordenadores municipais da ESF e 264 gerentes das USF.

A qualidade da Estratégia Saúde da Família, pelos três atores envolvidos com a gestão da Saúde da Família (SF), foi avaliada por meio dos instrumentos 1, 2 e 3, propostos pelo Ministério da Saúde, para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, que correspondem às três dimensões, respectivamente: Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família[4].

O instrumento 1, dirigido ao gestor municipal da saúde, avaliou a dimensão Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família com 60 padrões organizados em quatro subdimensões: Implantação/Implementação da Saúde da Família no município, Integração da Rede de Serviços, Gestão do Trabalho e Fortalecimento da Coordenação. A dimensão Coordenação Técnica das Equipes (instrumento 2), avaliada pelos coordenadores municipais da ESF, englobou as subdimensões: Planejamento e Integração, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Gestão da Avaliação e Normatização distribuídas em 40 padrões. A dimensão Unidade Saúde da Família (instrumento 3) com 40 padrões em duas subdimensões, Infraestrutura e Equipamentos da USF e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi dirigida aos responsáveis pelo gerenciamento das USF. Em cada uma das subdimensões os padrões de qualidade são acompanhados da sua descrição, ou seja, requisitos necessários para estar ou não em conformidade com aquele padrão[4].

Inicialmente, o projeto foi divulgado entre os gestores durante as reuniões ocorridas nos meses de fevereiro e março de 2011 das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) das oito microrregiões. Nesse momento, foram distribuídos os questionários destinados aos gestores. Foi ainda solicitado a eles o encaminhamento dos questionários destinados aos coordenadores e aos gerentes das USF dos municípios sob sua gestão. A devolução dos mesmos se deu no período de fevereiro a abril de 2011.

As seguintes informações referentes aos municípios e às ESF foram também coletadas: a população do município, o tempo de implantação e a cobertura populacional da ESF. Essas informações foram coletadas por meios de consulta no site do Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica (DAB) e foram referentes a março de 2011. O Índice de Desenvolvimento Humano foi obtido no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil de 2000.

Os dados foram analisados, empregando-se o pacote estatístico SPSS for Windows v. 17.0, considerando-se o município como unidade de análise. Para cada município, calculou-se o número de conformidades e de não conformidades com os padrões referentes às subdimensões e dimensões avaliadas, obtendo-se a média e desvio padrão dos escores de conformidade. No caso do instrumento 3, cada Unidade Saúde da Família apresentou um escore de adequação às subdimensões avaliadas. Em seguida, para cada município, obteve-se a média dos escores de conformidade obtidos por cada uma das Unidades Saúde da Família.

Os dados não se distribuíram segundo uma curva normal, o que foi verificado por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. A correlação entre as subdimensões de cada dimensão e as variáveis referentes aos municípios e às ESF foi investigada pela correlação de Spearman, considerando-se um nível de significância de 5%. Obteve-se também o percentual de municípios ou Unidades Saúde da Família em conformidade com cada um dos padrões para todas as dimensões/subdimensões avaliadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - CEP/Unimontes, segundo parecer 2305/2010. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A taxa de participação variou conforme o nível da gestão. Entre os gestores houve uma taxa de resposta de 79,4% (n=50) e entre os coordenadores foi de 76,2% (n=48). Quanto à participação dos gerentes das USF, em oito municípios ocorreram 100% de perda, pois nenhum gerente respondeu aos questionários. No total, 55 municípios (87,3%) e 210 ESF (79,5%) responderam.

A tabela 1 demonstra a avaliação da gestão da Saúde da Família em relação às três dimensões dos instrumentos da AMQ e relaciona os valores mínimos e máximos dos escores de conformidade obtidos para cada subdimensão. Na dimensão *Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família,* os gestores avaliaram de maneira mais negativa a subdimensão Gestão do Trabalho, seguida da subdimensão Fortalecimento da Coordenação, que apresentaram proporcionalmente os menores escores médios. O melhor desempenho médio foi obtido na subdimensão Implantação/Implementação da Saúde da Família no município. Na dimensão *Coordenação Técnica das Equipes*, o escore máximo de conformidade com os padrões não foi alcançado somente para a subdimensão Planejamento e Integração. Nessa dimensão, os coordenadores avaliaram de maneira mais negativa a subdimensão Gestão da Educação Permanente. O melhor desempenho médio proporcional foi obtido na subdimensão Acompanhamento das Equipes. Na dimensão *Unidade Saúde da Família*, a subdimensão

Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, proporcionalmente, foi melhor avaliada pelos gerentes das USF que a dimensão Infraestrutura e Equipamentos da USF.

A correlação entre as subdimensões do Desenvolvimento da ESF e as características da ESF e do município evidenciou que os municípios com população maior apresentaram significativamente maiores escores na subdimensão Fortalecimento da Coordenação. Os municípios com população menor apresentaram significativamente menores escores de conformidade nas subdimensões Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente e Normatização da dimensão Coordenação Técnica das Equipes. Os escores das subdimensões Infraestrutura e Equipamentos da USF e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foram significativamente menores nos municípios com população maior. Os municípios com maior IDH apresentaram menores escores na subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos (Tabela 2).

Na subdimensão Implantação/Implementação da Saúde da Família no município, os percentuais de municípios em conformidades com os padrões da AMQ variaram de 42% a 100%, sendo que os dois menores percentuais foram obtidos nos padrões "O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais" (42%) e "A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico" (62%). Os percentuais de municípios em conformidade com os padrões da subdimensão Integração da Rede de Serviços variaram de 30% a 96%; 30% e 48% dos gestores responderam de forma afirmativa aos seguintes padrões, respectivamente: "A rede de serviços de saúde assegura a população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária" e "Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda". Para a subdimensão Gestão do Trabalho, os percentuais de gestores com conformidade aos padrões variaram de 22 a 74%. Os padrões "A gestão municipal da saúde possui planos de carreira, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF" (22%) e "A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados" (26%) obtiveram menor percentual de conformidades pelos gestores. Na subdimensão Fortalecimento da Coordenação, houve uma variação de 34% a 90% nos percentuais de respostas afirmativas aos padrões, sendo que os menores valores foram obtidos pelos seguintes padrões: "A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF" (34%), "Existe coordenação

descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 ESF" (38%) e "A coordenação da Atenção Básica (AB)/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas"(38%) (Tabela 3).

Na subdimensão Planejamento e Integração, de 27,1% a 89,6% dos coordenadores municipais das ESF responderam de forma positiva aos padrões. Houve menor percentual de respostas positivas aos seguintes padrões: "As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área" (27,1%) e "A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica" (27,1%). A maioria dos municípios respondeu de forma positiva aos padrões da subdimensão Acompanhamento das Equipes (68,8% a 91,7%). Na subdimensão gestão da Educação Permanente, os percentuais de respostas positivas variaram de 39,6% a 75%. Dois padrões apresentaram não conformidade por maior percentual de coordenadores: "É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem" e "A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF". Na subdimensão Gestão de Avaliação (41,7% a 91,7%) somente dois padrões foram respondido de forma positiva por menos de 50% dos coordenadores: "São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município" (41,7%) e "A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população" (45,8%). Na subdimensão Normatização os percentuais de coordenadores com respostas positivas aos padrões variaram de 27,1% a 91,7%, sendo o menor valor atribuído ao padrão "A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental" (Tabela 4).

O percentual dos gerentes das USF que responderam de forma positiva aos padrões da subdimensão Infraestrutura e Equipamentos da USF variou de 15,2% a 86,2%. Os padrões com menor percentual de respostas em conformidade foram: "A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências" (15,2%) e "A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes" (17,6%) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

De modo geral, os gestores, coordenadores e gerentes das Unidades Saúde da Família dos municípios da região Nordeste de Minas Gerais avaliaram a qualidade da ESF de forma positiva, o que pôde ser observado pelos altos valores médios dos escores de conformidade e dos percentuais de respostas afirmativas aos padrões. Não foram identificados estudos anteriores que tenham utilizado os instrumentos dirigidos à gestão em outras regiões brasileiras. Porém, estudos foram identificados com a utilização da AMQ direcionados às Equipes. Estudo realizado na cidade de Montes Claros – MG, utilizando o componente Equipe dos instrumentos da AMQ, mostrou que profissionais da SF avaliaram positivamente os padrões de qualidade dos instrumentos 4 e 5, com escores de conformidade superior a 50% em cada uma das subdimensões[6].

Limitações pertinentes aos instrumentos foram apontadas em alguns estudos que utilizaram a AMQ[5,7,12]. No processo de implantação do projeto de AMQ da ESF na cidade de Registro – SP foi observado que a sua viabilização depende do empenho dos gestores e que profissionais de saúde apresentaram dificuldades no processo de preenchimento dos questionários[7]. A dificuldade de análise dos dados gerados pelos instrumentos foi também apontada na literatura, uma vez que a metodologia da AMQ não os define[12]. Nesse estudo, optou-se pela obtenção da soma dos escores de conformidade para cada dimensão/subdimensão avaliada sem consideração dos diferentes estágios de qualidade dos padrões, metodologia semelhante à realizada em estudos anteriores[6,13]. Tal opção foi escolhida, pois estudo recente identificou não linearidade da relação entre os estágios de qualidade do AMQ e a complexidade de implantação dos processos de trabalho preconizados pelos padrões de qualidade[5]. Uma das dificuldades enfrentadas no presente estudo foi o retorno dos questionários respondidos, não atingindo 100% de resposta para nenhum dos três instrumentos. A menor taxa de resposta (76,2%) foi entre os coordenadores das ESF. Tal fato pode ser explicado pela falta da função específica de coordenador, em municípios menores com até 3 equipes de Saúde da Família. Para o instrumento direcionado aos gerentes das Unidades Saúde da Família, houve 100% de perda em 8 municípios jurisdicionados a Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul. Tal perda pode estar relacionada ao baixo empenho dos gestores em distribuir e solicitar a participação dos gerentes das USF. Os autores acreditam que essa perda não comprometeu os

resultados, uma vez que a realidade de gestão de saúde nesses municípios se identifica aos demais que possuem o mesmo porte populacional.

Os resultados evidenciaram que a ESF, nessa região de Minas Gerais, foram bem avaliadas pelos gestores quanto à dimensão Desenvolvimento da ESF, principalmente na subdimensão Implantação/Implementação da SF, o que caracteriza a definição política e institucional da SF como o modelo de atenção dispensado à população. Entretanto, dentro dessa subdimensão, o estudo mostrou que muitos dos municípios ainda necessitam estabelecer parcerias/convênios formais com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais. Essas parcerias poderão constituir ações articuladas entre a gestão municipal da saúde e os trabalhos já desenvolvidos por entidades da sociedade civil, com o objetivo de ampliar e potencializar iniciativas e intervenções que favoreçam a melhoria da qualidade de vida dos munícipes, tendo como exemplo: alfabetização, geração de renda, conscientização quando ao destino de resíduos, etc.[14].

O pior resultado obtido na dimensão Desenvolvimento da ESF foi atribuído a subdimensão Gestão do Trabalho. Detectou-se a necessidade do avanço na promoção e valorização do profissional das ESF, pois mais de 70% dos municípios não estavam em conformidade com padrões que afirmaram sobre planos de carreira, cargos e salários e programas de incentivo ao trabalhador. Políticas de Gestão do Trabalho tem que ser mais discutidas nas três esferas de governo, sendo que a maior mobilização quanto sua efetividade cabe ao gestor federal. Pierantoni (2008) destacou que o *"conjunto de incentivos e de estratégias de indução e as orientações para as políticas pelo gestor federal são elementos fundamentais para a incorporação gradual das funções de gestão pelos entes federados, considerando o recente processo de descentralização e, mais ainda, de organização da área de gestão do trabalho no SUS"*[15]. Contudo, na macrorregião Nordeste a elaboração das políticas locais de gestão do trabalho necessitam ser pauta das reuniões das Comissões de Intergestores Bipartite (CIB) microrregionais, para que sejam buscadas soluções conjuntas e novas proposições quanto à gestão do trabalho.

Problemas na área da gestão do trabalho no SUS foram elencados, em uma pesquisa sobre "Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes" realizado em 2004, sob coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos, do Instituto de Medicina Social da UERJ. Ao que tange

a gestão propriamente dita, foram apontadas pelos gestores estaduais, a remuneração insuficiente dos trabalhadores, a precarização do trabalho, os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, a insensibilidade governamental para o setor, a ausência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, a ausência de planejamento, programação e diagnóstico, a ausência de concurso, como principais desafios relacionados à execução de uma política satisfatória na área da gestão do trabalho no SUS[16].

O Fortalecimento da Coordenação obteve a segunda menor avaliação dentro da dimensão Desenvolvimento da ESF. Essa avaliação permitiu visualizar a ausência, em muitos municípios, do monitoramento da satisfação do usuário da saúde da família. Verificar a opinião dos usuários quanto ao trabalho desenvolvido pela ESF é uma importante forma de avaliação para priorizar ações de gestão com foco na melhoria do atendimento, como também na promoção da participação popular e do controle social. Avaliar a percepção do usuário em relação ao grau de satisfação do atendimento prestado pela ESF pode contribuir no sentido de "(...) garantir que as melhorias dos serviços concentrem-se naquilo que os usuários desejam em oposição ao que os tomadores de decisões acham que eles querem."[17]. Assim, torna-se necessário utilizar instrumentos de monitoramento da satisfação do usuário da ESF capazes de produzir informações gerenciais úteis para a melhoria da gestão, focada nas expectativas do usuário.

Outro ponto crítico na subdimensão Fortalecimento da Coordenação foi a ausência de apoio à promoção da formação de conselhos locais de saúde nas unidades básicas,. A ESF tem em sua metodologia de trabalho o incentivo à participação social, particularmente na adequação das ações de saúde voltada às necessidades da população, visando contribuir para reorganização das práticas de trabalho a partir da APS[18]. Os conselhos locais de saúde são espaços que potencializam a criatividade dos usuários na proposição e elaboração da política local de saúde, já que são eles os que vivenciam no cotidiano das unidades de saúde, e, portanto, suas intervenções podem conduzir e consolidar a gestão local da SF. Incentivar a participação social, apoiar e garantir a formação dos conselhos locais de saúde nas USF é papel do gestor. Os conselhos locais de saúde podem ser traduzidos como possibilidade de ampliação da participação comunitária na fiscalização, proposição e execução da política de saúde[18].

A observação de menor conformidade aos padrões da subdimensão Fortalecimento da Coordenação e, especificamente, ao padrão que versa sobre a existência de coordenação

descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF, em municípios com menor população pode ser atribuída ao fato de alguns municípios da região macronordeste de Minas Gerais não possuir coordenador da ESF, sendo essa função assumida, nessas situações, pelos próprios gestores, ou por um profissional que executa trabalhos relacionados à administração local da saúde ou por um profissional da ESF, geralmente o enfermeiro. A ausência dessa função específica gera sobrecarga de trabalho, desvio de função e a não execução ou execução parcial das atribuições inerentes ao coordenador municipal da ESF. Contudo, a correlação encontrada está de acordo com a Deliberação 340/2007 da CIB-MG que determina que os municípios que tiverem implantadas três ou mais equipes de Saúde da Família deverá ter uma coordenação municipal responsável pela ESF[19] e em muitos municípios observou-se três ou menos ESF.

A avaliação da dimensão Coordenação Técnica das ESF evidenciou em duas subdimensões o acesso desigual a processos educativos entre os municípios da região nordeste de Minas Gerais, com grande percentual dos coordenadores respondendo de forma negativa a questões que medem a viabilização de formação teórica e prática e de especialização para trabalhadores das ESF. Um dos fundamentos da APS, conforme descreve o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), é a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação[20], o que não ocorreu em grande parte dos municípios avaliados. Verifica-se que a ausência de investimento em educação permanente da ESF não estimula a educação para o trabalho na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, resultando negativamente na qualidade do atendimento da APS. Outro item avaliado de forma negativa por grande parte dos municípios mostrou que atividades conjuntas com instituições acadêmicas são muito incipientes. Os municípios de maior porte possuem uma crescente interação com centros formadores, universitários ou não, explicando a correlação observada entre os escores de conformidade da subdimensão Gestão da Educação Permanente e população municipal. As relações de cooperação ensino-serviço tendem a se concentrar apenas naquelas estabelecidas entre grandes municípios e centros formadores aí localizados. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, compete ao gestor estadual possibilitar e mediar este acesso para os municípios de menor porte, que não contam com instituições formadoras em seu território[21]. Portanto, propõe-se aos municípios que desenvolvam estratégias educacionais, juntamente com o Estado, com o objetivo de revisar e solucionar os processos de educação em saúde com ênfase nas equipes e na coordenação.

Os escores de conformidade foram maiores nos municípios com população maior para as subdimensões Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente e Normatização da dimensão Coordenação Técnica das Equipes. Tal correlação pode ser atribuída à presença do coordenador em municípios com número maior de equipes de saúde da família. Para Silva: "(...) os coordenadores desenvolvem funções gerenciais de relevante importância no contexto municipal tanto para as equipes, quanto para a gestão, (...)"[22].

O estudo evidenciou deficiências quanto à Infraestrutura e Equipamentos das ESF da região Nordeste de Minas Gerais, sendo os escores de conformidade desta subdimensão menores que os de Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Ao analisar as respostas aos padrões, perceberam-se deficiências em relação à existência de equipamentos: os indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência e outros que viabilizem o atendimento das equipes e, consequentemente, o aumento da resolubilidade da APS, como por exemplo: eletrocardiógrafo e oftalmoscópio. Tal achado pode ser explicado pelos poucos investimentos destinados à aquisição de equipamentos para a APS, como também do caráter histórico dos atendimentos de urgência e emergência serem realizados apenas em hospitais e em serviços ambulatoriais especializados, que determinam a oferta de seus equipamentos para a referência aos serviços da APS. De acordo com o CONASEMS, as unidades de saúde que desenvolvem as ações da APS precisam de instalações físicas adequadas, com equipamentos e insumos necessários para a qualidade dos serviços prestados[20]. Isso promove a valorização dos ambientes de trabalho e, sobretudo, do fortalecimento da APS como porta de entrada do serviço com a garantia de vínculo e responsabilização pelo cuidado Assim, infraestrutura adequada e organizada, equipamentos disponíveis e em funcionamento são fundamentais para acolher os usuários com dignidade e respeito e com condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde. A aquisição e a manutenção de equipamentos representam um desafio para os gestores, coordenadores e gerentes das USF, na implementação das equipes da ESF.

Os municípios menores apresentaram maiores escores de conformidade aos padrões das subdimensões Infraestrutura e Equipamentos da USF. Tal correlação pode estar atribuída a dois fatores: a) a normatização dos critérios mínimos sobre estrutura física e equipamentos das USF, no âmbito do Estado de Minas Gerais, definida no final de 2004 (Resolução SES nº. 604/2004)[23], b) o repasse de recursos financeiros pelo estado aos municípios para investimento na melhoria da infraestrutura e qualidade do Sistema de Atenção Primária à

Saúde, sendo os municípios menores os primeiros a serem contemplados com recursos estaduais para construção e reforma e ou ampliação das UBS (Resolução SES nº. 760/2005)[24].

A subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi melhor avaliada pelos gerentes das USF nos municípios de menor IDH. A ESF apresenta maior cobertura em municípios de IDH mais baixo, segundo demonstra estudo do Ministério da Saúde em 2008 - Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. 1998-2005/2006 [25]. A associação dessa subdimensão pode ser explicada pelos incentivos financeiros concedidos a municípios de pequeno porte e alta taxa de cobertura da ESF - a partir de 2008 no Estado de Minas Gerias, pelo Programa Farmácia de Minas - para dispensação gratuita de medicamentos para atenção primária à população[26]; como também, pela maior cobertura vacinal em populações com maior cobertura da ESF[25].

A autoavaliação da qualidade da ESF aferida através dos instrumentos da AMQ destinados aos gestores, coordenadores e gerentes das UBS demonstrou, de modo geral, uma avaliação positiva no âmbito da gestão. A utilização dos instrumentos da AMQ permitiu identificar as subdimensões que exigem maior atenção e que necessitam de maior intervenção da gestão municipal. São ainda obstáculos a Gestão do Trabalho e o Fortalecimento da Coordenação, a organização da Educação Permanente, como também, a Infraestrutura e Equipamentos das USF, e o provimento de Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Além da análise descritiva das médias de escore de conformidades aos padrões de qualidade do AMQ, a correlação com tamanho do município em termos populacionais e o IDH permitiram a identificação de desigualdades na avaliação segundo esses indicadores, permitindo o estabelecimento de prioridade no planejamento de ações. O percentual de cobertura populacional e o tempo de implantação das ESF não se correlacionaram significativamente com nenhuma dimensão. Isso pode ter ocorrido em função da homogeneidade entre os grupos quanto a essas duas variáveis, pois na maioria dos municípios, foi observado 100% de cobertura e mais de 10 anos de implantação das ESF.

A capacidade gerencial dessas estruturas e processos é fator determinante para o enfrentamento desses obstáculos e uma melhor resposta nos resultados de saúde. Para que a população do nordeste mineiro obtenha maiores benefícios com o melhor desempenho da ESF é fundamental a necessidade de estímulo gerencial, político e financeiro a sua rede de atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza HM. O PSF como Indutor da Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica. Rev Bras de Saúde da Fam. 2002; 6: 10-15.

2. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(3): 401-412.

3. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

4. Ministério da Saúde. Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GE. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Physis. 2011; 21(3): 865-78.

6. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. Trab. educ. saúde. 2011; 9(1): 95-108.

7. Venâncio SI, Silva AL, Martins MCFN, Martins PN, Figueiredo R, Rosa TEC, et al. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.

8. Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos em Políticas Públicas. Informativo agosto/2008 [Internet]. Belo Horizonte: Brasil, 2008. [citado 2010 Jul 1]. Disponível em: http://www.fjp.gov.br

9. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

10. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.

11. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Atlas de Desenvolvimento humano do Brasil. [citado em 2010 jul 1]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas

12. Sartri TD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

13. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. saúde pública. 2010; 26(6): 1187-1193.

14. Ministério da Saúde. Caderno de Auto-avaliação nº 1: Gestão Municipal da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

15. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Physis. 2008; 18(4):685-704.

16. Arias EHL, Vitalino HA, Machado MH, Aguiar-Filho W, Cruz LAM. Gestão do trabalho no SUS. Cad RH Saúde. 2006; 3:112-17.

17. Dinsdale GB, Manson DB, Schmidt F, Strickland T. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2000.

18. Lacerda WA, Santiago IMFL. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. Rev. Katálysis. 2007; 10(2): 197-205.

19. Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 340, de 19 de abril de 2007. Altera o art. 3º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 287 de 17 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/Del%20340%20alteracao%20da%20Deliberacao%20no%20287.pdf .Acesso em 04 out 2011.

20. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Atenção Básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.

21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: CONASS; 2011.

22. Silva GS. O processo de trabalho do coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2009.

23. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 604, de 19 de novembro de 2004.

24. Minas Gerais. Resolução SES nº. 760/2005 SESMG-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 760, de 06 de outubro de 2005.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006 /. 2. ed. Brasília; 2008.

TABELAS

Tabela 1: Avaliação das dimensões Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família pelos gestores (n=50), coordenadores (n=48) e gerentes das USF (n=55) da região Nordeste de Minas Gerais. Minas Gerais. 2011.

Dimensão*	Subdimensão	Escore máximo de conformidade	Escores de conformidade		
			Mínimo	Máximo	Média (DP)
Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família	Implantação/Implementação da SF no município	19	11	19	16,08 (2,01)
	Integração da Rede de Serviços	19	5	19	13,50 (13,80)
	Gestão do Trabalho	10	1	9	4,50 (1,88)
	Fortalecimento da Coordenação	12	1	12	7,56 (2,58)
Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração	8	0	7	5,00 (1,52)
	Acompanhamento das Equipes	7	0	7	5,50 (1,52)
	Gestão da Educação Permanente	6	0	6	3,54 (1,61)
	Gestão de Avaliação	10	0	10	6,77 (2,22)
	Normatização	9	0	9	5,69 (2,23)
Unidade Saúde da Família	Infraestrutura e Equipamentos da Unidade Saúde da Família	24	8	22	14,42 (3,62)
	Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	16	6	16	13,23 (2,38)

Tabela 2: Correlação de *Spearman* entre os escores de conformidade das dimensões do Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família e características do município e das ESF. Minas Gerais. 2011.

Dimensão	Subdimensões	População do município		Percentual de cobertura das ESF		IDH do município		Tempo de implantação das ESF	
		r	Valor de p	*r*	Valor de p	*r*	Valor de p	*r*	Valor de p
Desenvolvimento das ESF	Implantação/Implementação da SF no município	-0,09	0,55	0,10	0,49	0,17	0,23	0,10	0,55
	Integração da Rede de Serviços	0,10	0,51	0,02	0,89	0,04	0,79	0,14	0,34
	Gestão do Trabalho	0,07	0,65	0,01	0,94	0,10	0,50	0,09	0,52
	Fortalecimento da Coordenação	**0,29**	**0,04**	0,15	0,30	0,02	0,91	0,13	0,38
Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração	0,23	0,11	0,12	0,41	0,09	0,53	0,19	0,21
	Acompanhamento das Equipes	**0,29**	**0,04**	0,05	0,74	0,14	0,35	0,01	0,99
	Gestão da Educação Permanente	**0,63**	**0,00**	0,26	0,08	0,18	0,21	0,02	0,90
	Gestão de Avaliação	0,18	0,22	0,20	0,18	0,03	0,87	0,01	0,94
	Normatização	**0,38**	**0,01**	0,09	0,55	0,08	0,61	0,08	0,57
Unidade Saúde da Família	Infraestrutura e Equipamentos da USF	**-0,43**	**0,00**	0,15	028	0,60	0,07	0,23	0,09
	Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	**-0,59**	**0,00**	0,21	0,12	**0,27**	**0,04**	0,22	0,11

r=coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 3: Frequência de municípios com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (n=50).

Subdimensão	Padrões	Municí-pios com respostas positivas	% muni-cípios
Implantação/ Implementação da SF no município	O Plano Municipal de Saúde define a SF como estratégia para reorganização da Atenção Básica	49	98
	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social	49	98
	Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4000 pessoas	39	78
	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos	48	96
	A gestão municipal de saúde implanta equipes de SB	50	100
	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF	47	94
	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF	35	70
	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população	44	88
	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS	50	100
	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF	41	82
	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal	45	90
	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais	45	90
	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF	43	86
	A gestão municipal monitora abastecimento e falta de insumos nas USF	43	86
	A gestão municipal da saúde apoia e legitima a participação popular e o controle social na SF	44	88
	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico	31	62
	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades	43	86
	O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais	21	42
	A gestão municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF	37	74
Integração da Rede de Serviços	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município	45	90
	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de referências baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF	36	72
	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF	45	90
	A gestão municipal da saúde garante a coleta e envio de todas as solicitações de sorologia para diagnóstico da dengue	47	94
	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para assegurar a população adscrita das equipes da SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas	48	96
	A gestão municipal da saúde garante a realização do pré-natal de alto risco para todas as gestantes encaminhadas	46	92
	Há programação da oferta de atendimentos em cardiologia para as ESF baseada em estudos de demanda	29	58
	Há programação de oferta de atendimentos em ortopedia para as ESF baseada em estudos de demanda	30	60
	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação	42	84
	O gestor municipal da saúde monitora os exames especializados solicitados pela ESF não atendidos pela referência	41	82
	Há programação da oferta em reabilitação para as ESF baseada em estudos de demanda	33	66
	Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda	24	48
	Há programação da oferta em otorrinolaringologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
	Há programação da oferta em neurologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar a população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas	30	60
	A rede de serviços de saúde assegura a população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária	15	30
	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de saúde mental e as ESF	36	72
	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto atendimento da rede pública pela população coberta pela SF	35	70
	O apoio de outros profissionais da rede às equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido	41	82

Subdimensão	Padrão	n	% municípios
Gestão do Trabalho	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF	16	32
	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial	37	74
	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a Residência ou Pós-graduação em Saúde da Família	18	36
	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	17	34
	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	28	56
	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos	30	60
	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos	33	66
	A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados	13	26
	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF	11	22
	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área	22	44
Fortaleci-mento da Coordenação	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF	41	82
	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	32	64
	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/SF no processo de pactuação dos indicadores da AB no Pacto pela Saúde	45	90
	A gestão municipal valoriza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área	43	86
	O(s) técnico(s) responsável(is) pela coordenação da AB/SF possue(m) formação específica na área	31	62
	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF	25	50
	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF	19	38
	A SMS possui profissional na coordenação da AB/SF responsável pela área de SB	32	64
	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF	17	34
	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF	42	84
	A coordenação da AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas	19	38
	A gestão municipal de saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF	32	64

Tabela 4: Frequência de municípios com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Coordenação Técnica das Equipes (n=48).

Subdimensão	Padrão	n	% municípios
Planejamento e Integração	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF	43	89,6
	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas	30	62,5
	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município, número de equipes, cobertura, profissionais e resultados	46	95,8
	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde	39	81,3
	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município	35	72,9
	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município	21	43,8
	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área	13	27,1
	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica	13	27,1
Acompanhamento das Equipes	A coordenação da AB/SF reúne-se mensalmente com as ESF	44	91,7
	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe	34	70,8
	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF	33	68,8
	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF	40	83,3
	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações	33	68,8
	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégicas para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população	43	89,6
	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF	37	77,1
Gestão da Educação Permanente	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF	34	70,8
	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da Educação Permanente	36	75,0
	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente	34	70,8
	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem	19	39,6
	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente	28	58,3
	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF	19	39,6
Gestão de Avaliação	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente	42	87,5
	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento	43	89,6
	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF	28	58,3
	A coordenação da AB/SF analisa dados e relatórios dos sistemas de informação dos SUS/ ou em saúde	35	72,9
	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população	22	45,8
	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada	27	56,3
	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes	38	79,2
	A coordenação da AB/SF reúne-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	26	54,2
	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para os indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde com as ESF	44	91,7
	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município	20	41,7
Normatização	A coordenação da AB/SF disponibiliza para todas as ESF documento com os princípios e diretrizes da estratégia SF	32	66,7
	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos	28	58,3
	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contra referência municipal	32	66,7
	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica	35	72,9
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-cientifico de apoio sobre as situações frequentes na Atenção Básica	37	77,1
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país.	44	91,7
	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF	31	64,6
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência	21	43,8
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental	13	27,1

Tabela 5: Frequência de equipes com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Unidade Saúde da Família (n=210).

Subdimensão	Padrões	n	%
Infraestrutura e Equipamentos da USF	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população	174	82,9
	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos	181	86,2
	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombos para troca de roupas	179	85,2
	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo	113	53,8
	As ESF dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades	146	69,5
	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde	118	56,2
	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada	164	78,1
	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação de imunobiológicos	118	56,2
	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para a realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes	146	69,5
	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF	169	80,5
	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente	172	81,9
	Os tensiômetros e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos	81	38,6
	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo	56	26,7
	A USF dispõe de linha telefônica	65	31,0
	A USF dispõe de equipamento de informática	97	46,2
	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente	110	52,4
	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes	37	17,6
	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências	32	15,2
	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS	162	77,1
	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas	105	50,0
	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião dentista de maneira integrada	93	44,3
	A USF está equipada para atender as pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeiras de rodas	76	36,2
	A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos	53	25,2
	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo	148	70,5
Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização	162	77,1
	A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes	174	82,9
	As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população	160	76,2
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses	179	85,2
	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde	194	92,4
	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente par ao desenvolvimento das ações com regularidade	157	74,8
	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde	194	92,4
	A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente	159	75,7
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS	165	78,6
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos de Hipertensão Arterial Sistêmica	176	83,8
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos dos Diabetes Mellitus	178	84,8
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente insulina NPH indicada para o tratamento dos Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira	157	74,8
	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas	152	72,4
	A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado	151	71,9
	A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastrointestinal	139	66,2
	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epiléptica de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado	101	48,1

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acelerado avanço na elaboração das políticas públicas de saúde, as diferenças territoriais e sanitárias e a ampla e diversificada gama de contextos e situações vivenciados pelos municípios, conferem à gestão local da saúde uma complexidade crescente. Entre as formas essenciais para instrumentalizar a gestão na melhoria contínua da qualidade do sistema de saúde, destaca-se a avaliação em suas múltiplas abordagens, formas e dimensões.

Uma análise detalhada da qualidade da gestão deve ser feita em relação a todo o sistema, porém com maior enfoque no "pilar" da Atenção Primária a Saúde. Tal análise possibilita averiguar se as ações (serviços) executadas no setor estão sendo feitas, dentro de normas e padrões estabelecidos, e se propor soluções. Diante da necessidade de se monitorar e avaliar a qualidade das ações, o MS propôs uma metodologia baseada na autoavaliação, destinada aos atores da ESF, para aferir a qualidade prestada, com o intuito de dar suporte aos processos decisórios, através da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Tal avaliação deve subsidiar a identificação de problemas e reorientar as ações e serviços desenvolvidos (15).

A identificação dos problemas e obstáculos pertinentes à gestão da ESF nos municípios adscritos a macrorregião Nordeste de Minas Gerais foram detectados através da autoavaliação feita pelos gestores, coordenadores municipais da ESF e aos gerentes das USF desta região, utilizando instrumentos da AMQ. Obteve-se como resultado a heterogeneidade de conformidades em relação às subdimensões avaliadas, o baixo nível de conformidades com subdimensões que avaliam Gestão do Trabalho, Fortalecimento da Coordenação, Gestão da Educação Permanente, Infraestrutura e Equipamentos e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, e uma correlação positiva quanto ao tamanho populacional e IDH dos municípios. Tais resultados demonstram um diagnóstico situacional, e diante desse a necessidade eminente dos gestores municipais em atuarem nesses campos, a fim de melhorar o nível de qualidade da gestão da Estratégia Saúde da Família, e consequentemente, na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Como projeto de um Mestrado Profissional, acredita-se ser importante o retorno dos resultados aos participantes da pesquisa. Por este motivo, os resultados obtidos serão

demonstrados durante uma das reuniões microrregionais das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), cenário onde se encontram presentes gestores municipais e técnicos estaduais de saúde, com o objetivo de se iniciar um debate e de levantar soluções conjuntas sobre os problemas comuns das gestões municipais da macrorregião.

REFERÊNCIAS

1.Lord Dawson of Penn.Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.

2.Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviço e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

3.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

4.Rootman I, et al. A framework for health promotion evaluation. Evaluation in health promotion: principles and perspectives [Internet]. Denmark: WHO, 2001. [citado 2010 Jul 17]; 7-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413-81232004000300014000017&pid=S1413-81232004000300014&lng=en

5.World Helth Organization. Primary Health Care. Geneva, WHO; 1978.

6.Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Corrêa GC, Moura AL. Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.p.29-60.

7.Lima N, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz; 2005. p.27-58.

8.Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

9.Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 1990; Seção 1:04.

10.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

11.Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 1997.

12.Souza HM. O PSF como Indutor da Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica. Rev Bras Saúde Fam. 2002; 6:10-15.

13.Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. saúde pública. 2008; 24(9):2091-2102.

14.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

15.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

16.Donabedian A. Evaluating the Quality of medical care. The Milbank Quarterly, Volume 83, Number 4, December, 2005; (39):691-729.

17.Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. saúde pública. 2010;26(6):1187-1193.

18.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Seminário de apresentação dos resultados iniciais da implantação do projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Saúde Fam. 2007;13:17-27.

19.Venâncio SI, Silva AL, Martins MCFN, Martins PN, Figueiredo R, Rosa TEC, et al. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.

20.Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GE. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Physis (Rio J.) 2011; 21(3):865-78.

21.Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. Trab. educ. saúde. 2011;9(1):95-108.

22.Silva PRA. Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

23.Sarti TD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

24.Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2008. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; 2006.

25.Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.

26.Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos em Políticas Públicas. Informativo agosto/2008[Internet]. Belo Horizonte: Brasil; 2008. [citado 2010 Jul 1]. Disponível em: http://www.fjp.gov.br

27.Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Assessoria de Gestão Regional (AGR). Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007-2010. Belo Horizonte, 2009. [citado em 2010 Jul 22] Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/2009

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios da macrorregião nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes/MG.

Mestrando: Ana Paula Nascimento Chain.

Coorientador: Prof[a]. Dr[a]. Andréa Maria Eleutério de Barros de Lima Martins.

Coordenador: Prof[a]. Dr[a]. Raquel Conceição Ferreira.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre o procedimento proposto. Esta declaração descreve o objetivo, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 Objetivo: Esta pesquisa tem como objetivo Avaliar a Qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios da macrorregião nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão dos serviços de saúde.

2 Metodologia/procedimentos: Os dados serão coletados por um questionário estruturado e elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) onde constarão todas as informações pertinentes ao estudo.

3 Justificativa: Necessidade de monitorar e avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios pertencentes à macrorregião nordeste mineira. Como também identificar o nível de qualidade da atenção primária na ESF considerando o âmbito do gestor, coordenador municipal e dos gerentes das Unidades Saúde da Família (USF), sendo estes importantes atores na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus munícipes.

4 Benefícios: A pesquisa poderá ou não trazer benefícios a você, mas as informações obtidas por meio deste estudo poderão ser importantes para a melhor avaliação da qualidade da ESF nos municípios sob jurisdição da GRS/TO.

5 Desconfortos e riscos: A participação do gestor, coordenador da atenção primária e gerente da USF não acarretará prejuízo aos mesmos ou a qualquer pessoa, pois não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral ou ético. O participante terá o direito de receber qualquer esclarecimento sobre esta pesquisa e a garantia de que esta é de total responsabilidade do pesquisador envolvido.

6 Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7 Confidencialidade das informações: Após a aplicação do questionário, as informações coletadas serão usadas no trabalho apenas para fins de pesquisa, mas a identidade do entrevistado será preservada, garantindo sua total privacidade.

8 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

9 Compensação/indenização: O(a) gestor, coordenador (a) da APS e gerente da USF não receberão nenhum benefício financeiro pela participação nessa pesquisa. Todos os seus direitos serão respeitados.

10 Outras informações pertinentes: Não se aplica.

11 Consentimento: Li e entendi as informações acima. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para contribuir nesta pesquisa. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	__/__/_____
Nome do Participante	Assinatura do Participante	Data
_____	_____	__/__/_____
Nome da Testemunha	Assinatura da Testemunha	Data
Dra. Raquel Conceição Ferreira Coordenadora da Pesquisa	_____ Assinatura da Coordenadora da Pesquisa	__/__/_____ Data

Endereço do Pesquisador: Rua Presidente Bernardes, 27 – Centro – Novo Cruzeiro – Minas Gerais. Telefone: (33) 8822.78.16

APÊNDICE B

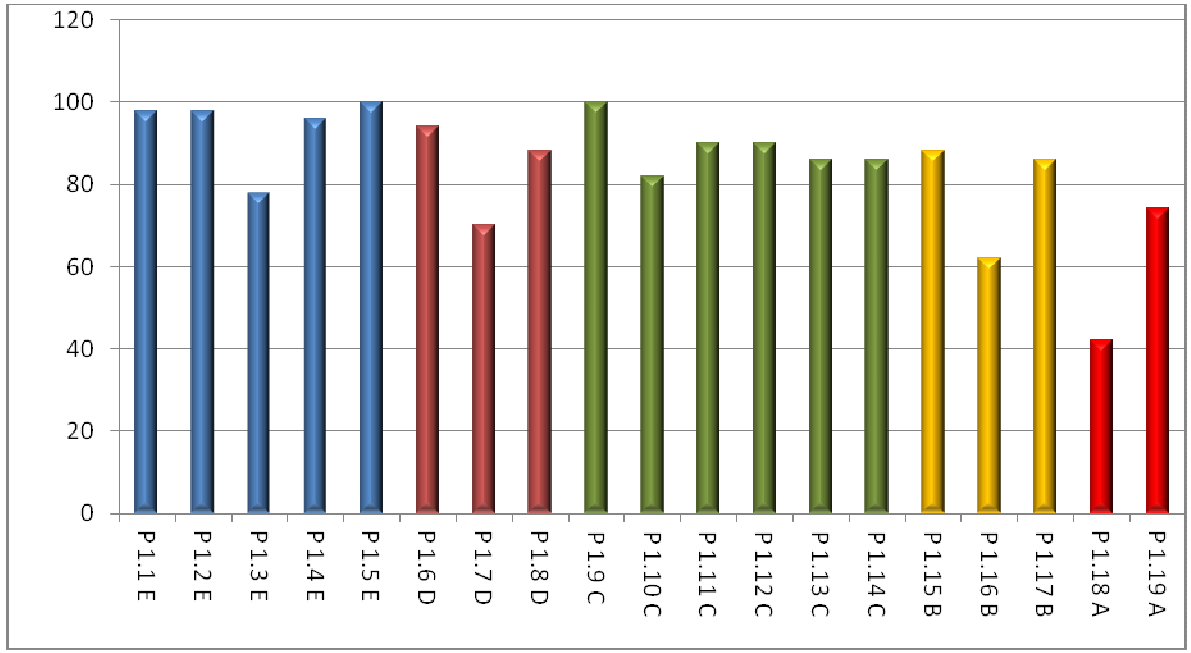

Gráfico 1: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Implantação e Implementação da Saúde da Família no município* segundo os gestores de saúde. 2011

APÊNDICE C

Tabela 1: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais que estão em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Implantação e Implementação da Saúde da Família no município* segundo os gestores de saúde. 2011

	Padrões de Qualidade – Subdimensão *Implantação e Implementação da Saúde da Família no município*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 1.1 E	O PMS define a SF como estratégia para reorganização da atenção básica	49	98
P 1.2 E	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social	49	98
P 1.3 E	Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4000 pessoas	39	78
P 1.4 E	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos	48	96
P 1.5 E	A gestão municipal da saúde implanta equipes de SB	50	100
P 1.6 D	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF	47	94
P 1.7 D	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF	35	70
P 1.8 D	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população	44	88
P 1.9 C	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS	50	100
P 1.10 C	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF	41	82
P 1.11 C	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal	45	90
P 1.12 C	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais	45	90
P 1.13 C	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF	43	86
P 1.14 C	A gestão municipal da saúde monitora abastecimento e falta de insumos nas USF	43	86
P 1.15 B	A gestão municipal da saúde apoia e legitima a participação popular e o controle social na SF	44	88
P 1.16 B	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico	31	62
P 1.17 B	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades	43	86
P 1.18 A	O gestor municipal de saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais	21	42
P 1.19 A	A gestão municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF	37	74

APÊNDICE D

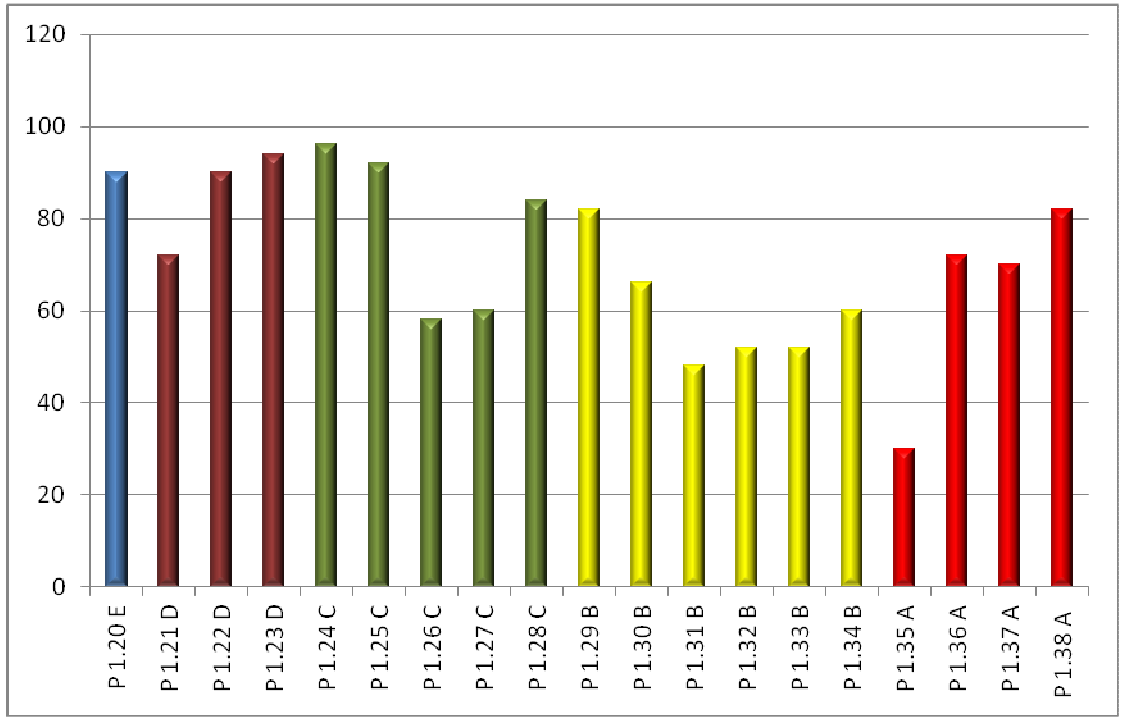

Gráfico 2: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Integração da Rede de Serviços* segundo os gestores de saúde. 2011

APÊNDICE E

Tabela 2: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Integração da Rede de Serviços* segundo os gestores de saúde. 2011

	Padrões de Qualidade – Subdimensão *Integração da Rede de Serviços*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 1.20 E	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município	45	90
P 1.21 D	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de referências baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF	36	72
P 1.22 D	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF	45	90
P 1.23 D	A gestão municipal da saúde garante a coleta e envio de todas as solicitações de sorologia para diagnóstico da dengue	47	94
P 1.24 C	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para assegurar a população adscrita das equipes da SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas	48	96
P 1.25 C	A gestão municipal da saúde garante a realização do pré-natal de alto risco para todas as gestantes encaminhadas	46	92
P 1.26 C	Há programação da oferta de atendimentos em cardiologia para as ESF baseada em estudos de demanda	29	58
P 1.27 C	Há programação de oferta de atendimentos em ortopedia para as ESF baseada em estudos de demanda	30	60
P 1.28 C	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação	42	84
P 1.29 B	O gestor municipal de saúde monitora os exames especializados solicitados pela ESF não atendidos pela referência	41	82
P 1.30 B	Há programação da oferta em reabilitação para as ESF baseada em estudos de demanda	33	66
P 1.31 B	Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda	24	48
P 1.32 B	Há programação da oferta em otorrinolaringologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
P 1.33 B	Há programação da oferta em neurologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
P 1.34 B	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar a população adscrita da SF referencia para as especialidades odontológicas	30	60
P 1.35 A	A rede de serviços de saúde assegura a população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária	15	30
P 1.36 A	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de saúde mental e as ESF	36	72
P 1.37 A	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto atendimento da rede pública pela população coberta pela SF	35	70
P 1.38 A	O apoio de outros profissionais da rede as equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido.	41	82

APÊNDICE F

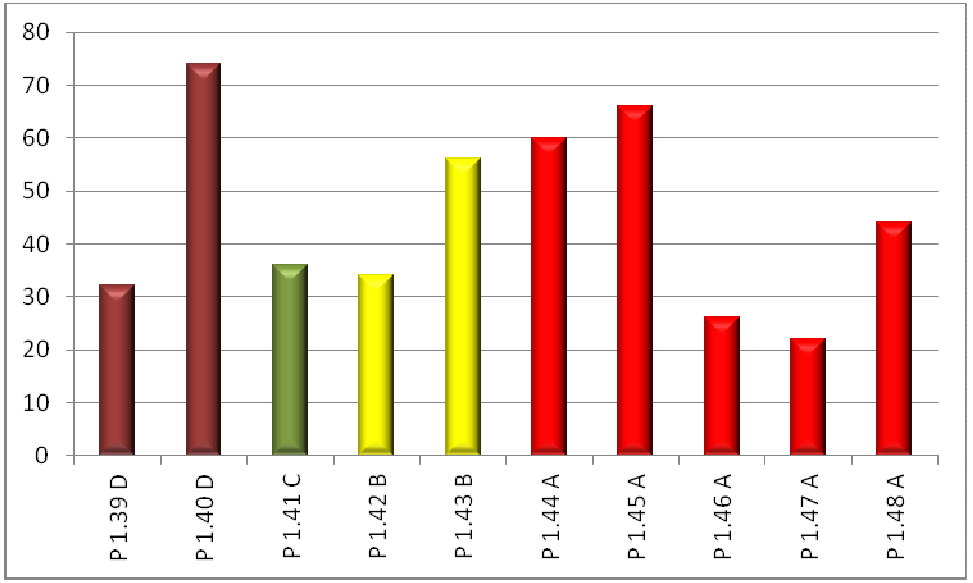

Gráfico 3: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão do Trabalho* segundo os gestores de saúde. 2011

Tabela 3: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão do Trabalho* segundo os gestores de saúde. 2011

	Padrões de Qualidade – Subdimensão *Gestão do Trabalho*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 1.39 D	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF	16	32
P 1.40 D	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial	37	74
P 1.41 C	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a residência ou pós-graduação em saúde da família	18	36
P 1.42 B	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	17	34
P 1.43 B	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	28	56
P 1.44 A	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos	30	60
P 1.45 A	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos	33	66
P 1.46 A	A gestão municipal possui programa de incentivos as ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados	13	26
P 1.47 A	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF	11	22
P 1.48 A	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área	22	44

APÊNDICE G

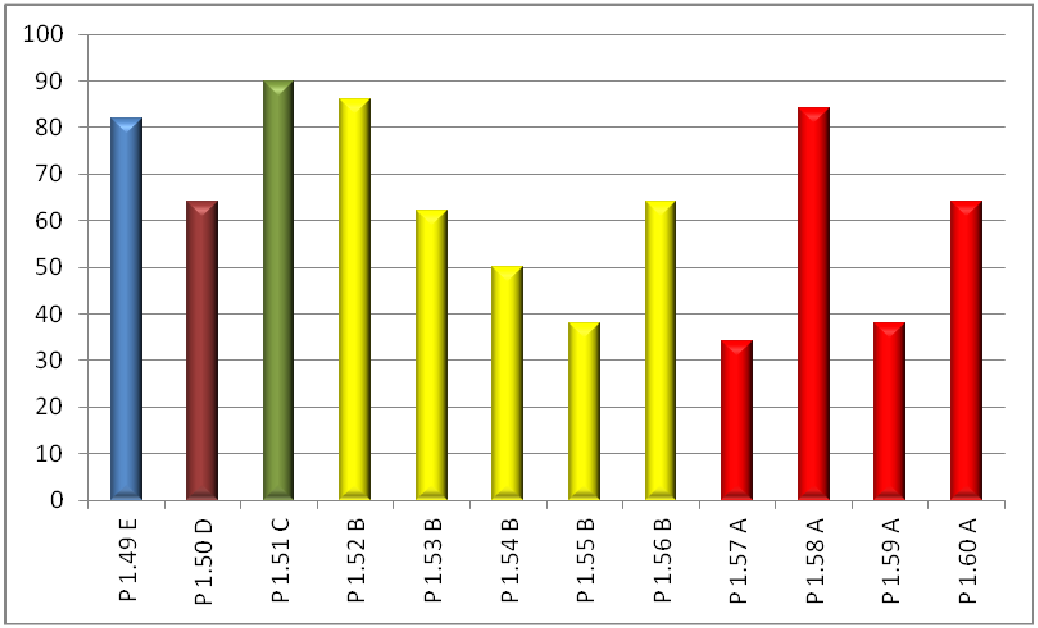

Gráfico 4: Frequência de municípios da regional Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Fortalecimento da Coordenação* segundo os gestores de saúde. 2011

APÊNDICE H

Tabela 4: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Fortalecimento da Coordenação* segundo os gestores de saúde. 2011

	Padrões de Qualidade – Subdimensão *Fortalecimento da Coordenação*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 1.49 E	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF	41	82
P 1.50 D	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	32	64
P 1.51 C	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/SF no processo de pactuação dos indicadores da AB no Pacto pela Saúde	45	90
P 1.52 B	A gestão municipal viabiliza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área	43	86
P 1.53 B	O(s) técnico(s) responsável (eis) pela coordenação da AB/SF possue(m) formação específica na área	31	62
P 1.54 B	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF	25	50
P 1.55 B	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF	19	38
P 1.56 B	A SMS possui profissional na coordenação da AB/SF responsável pela área de SB	32	64
P 1.57 A	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF	17	34
P 1.58 A	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF	42	84
P 1.59 A	A coordenação da AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas	19	38
P 1.60 A	A gestão municipal da saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF	32	64

APÊNDICE I

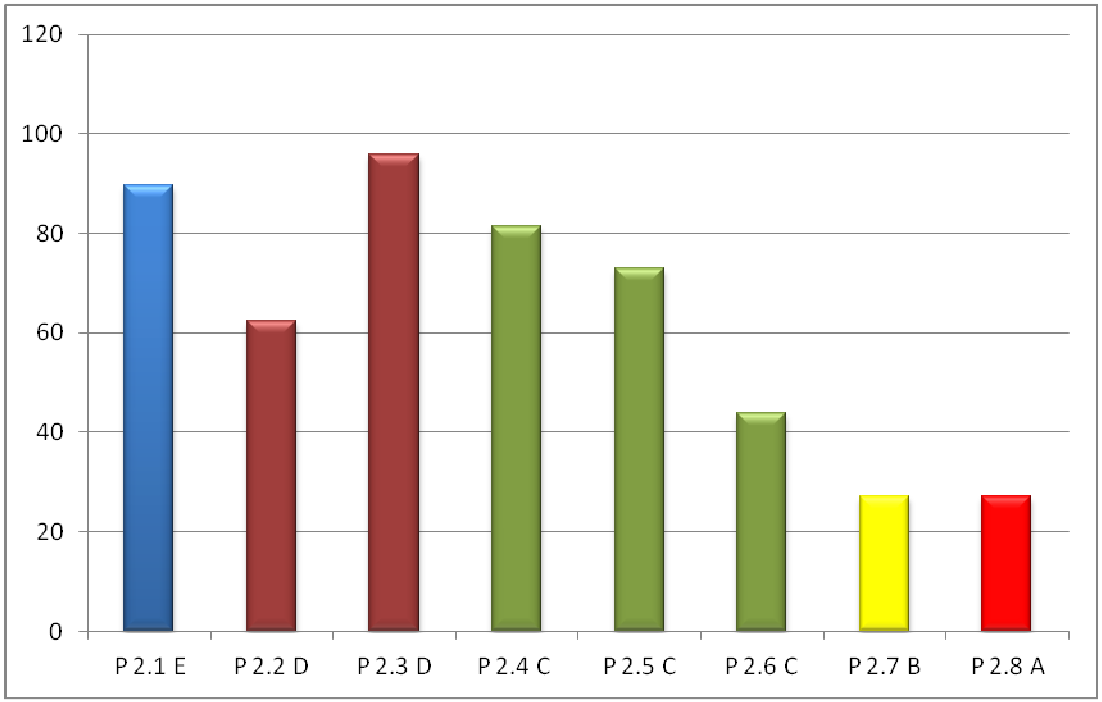

Gráfico 5: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Planejamento e Integração* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

APÊNDICE J

Tabela 5: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Planejamento e Integração* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

	Padrões de Qualidade - Subdimensão *Planejamento e Integração*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 2.1 E	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF	43	89,6
P 2.2 D	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas	30	62,5
P 2.3 D	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município, número de equipes, cobertura, profissionais e resultados	46	95,8
P 2.4 C	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde	39	81,3
P 2.5 C	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município	35	72,9
P 2.6 C	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município	21	43,8
P 2.7 B	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área	13	27,1
P 2.8 A	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica	13	27,1

APÊNDICE K

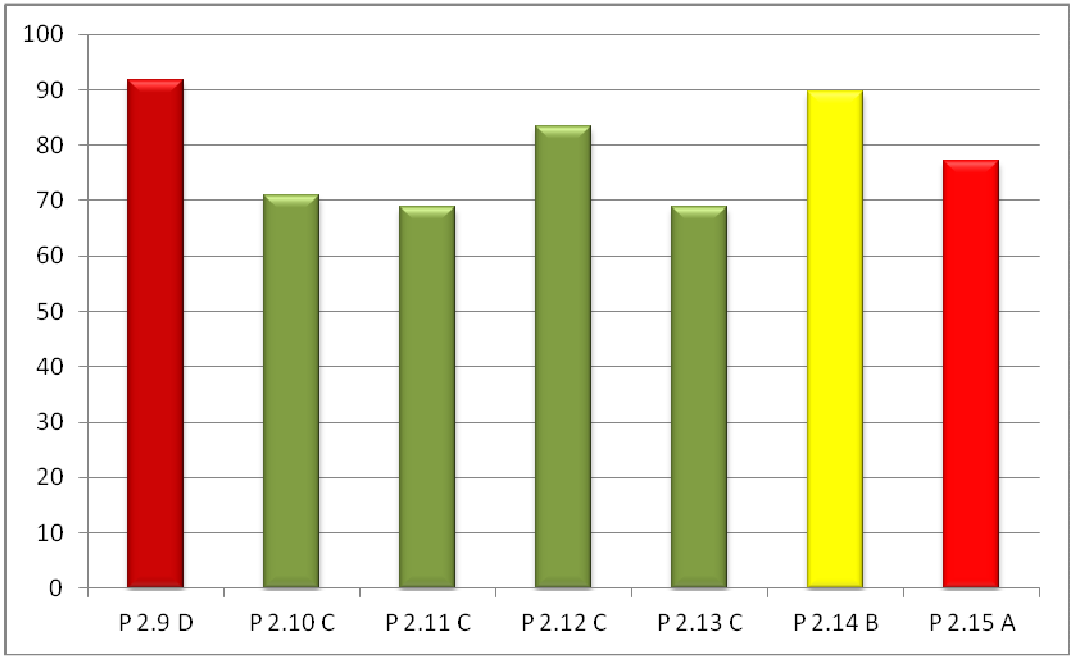

Gráfico 6: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Acompanhamento das Equipes* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

APÊNDICE L

Tabela 6: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Acompanhamento das Equipes* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

	Padrões de Qualidade – Subdimensão *Acompanhamento das Equipes*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 2.9 D	A coordenação da AB/SF reúne-se mensalmente com as ESF	44	91,7
P 2.10 C	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe	34	70,8
P 2.11 C	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF	33	68,8
P 2.12 C	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF	40	83,3
P 2.13 C	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações	33	68,8
P 2.14 B	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégicas para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população	43	89,6
P 2.15 A	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF	37	77,1

APÊNDICE M

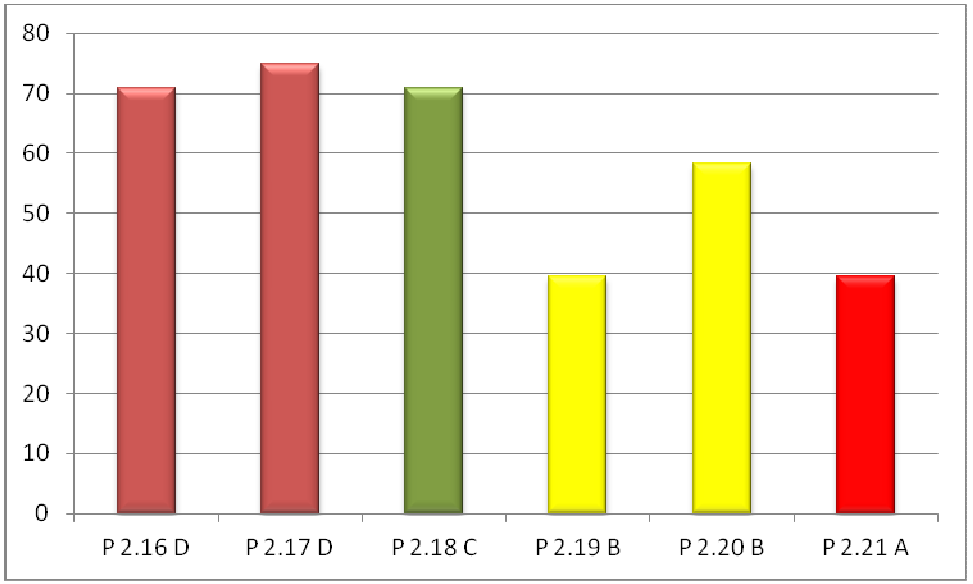

Gráfico 7: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Educação Permanente* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

Tabela 7: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Educação Permanente* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

Padrões de Qualidade - Subdimensão *Gestão da Educação Permanente*		**Municípios em conformidade**	**% município**
P 2.16 D	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF	34	70,8
P 2.17 D	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da educação permanente	36	75,0
P 2.18 C	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente	34	70,8
P 2.19 B	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem	19	39,6
P 2.20 B	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente.	28	58,3
P 2.21 A	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF	19	39,6

APÊNDICE N

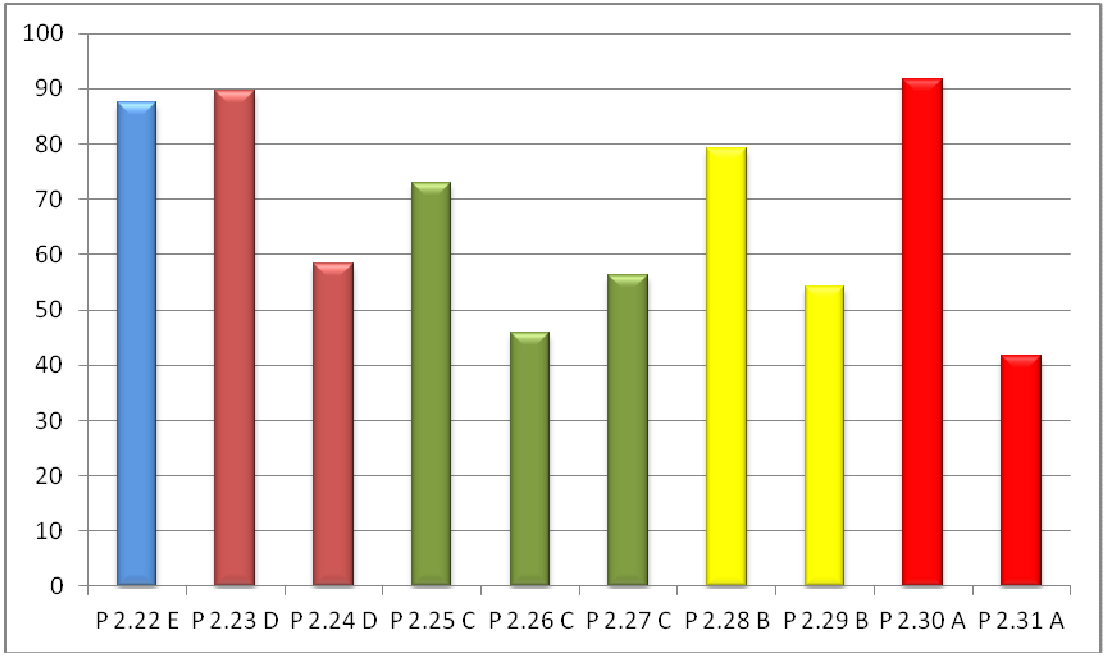

Gráfico 8: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Avaliação* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

APÊNDICE O

Tabela 8: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Gestão da Avaliação* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

	Padrões de Qualidade - Subdimensão *Gestão da Avaliação*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 2.22 E	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente	42	87,5
P 2.23 D	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento.	43	89,6
P 2.24 D	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF	28	58,3
P 2.25 C	A coordenação da AB/SF analisa dados e relatórios dos sistemas de informação dos SUS ou em saúde	35	72,9
P 2.26 C	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população	22	45,8
P 2.27 C	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada	27	56,3
P 2.28 B	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes	38	79,2
P 2.29 B	A coordenação da AB/SF reúne-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	26	54,2
P 2.30 A	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para os indicadores da Atenção básica do pacto pela saúde com as ESF	44	91,7
P 2.31 A	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município	20	41,7

APÊNDICE P

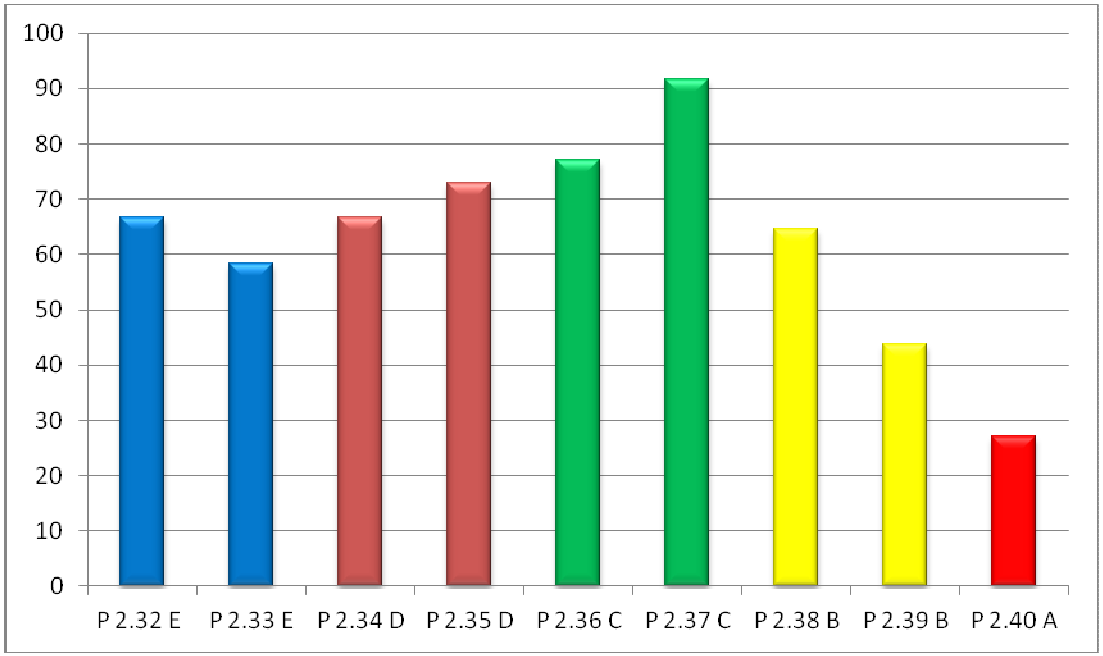

Gráfico 9: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Normatização* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

APÊNDICE Q

Tabela 9: Frequência de municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Normatização* segundo os coordenadores municipais das ESF. 2011

	Padrões de Qualidade - Subdimensão *Normatização*	**Municípios em conformidade**	**% municípios**
P 2.32 E	A coordenação da AB/SF disponibiliza para todas as ESF documentos com os princípios e diretrizes da estratégia SF	32	66,7
P 2.33 E	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos	28	58,3
P 2.34 D	A coordenação da AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contra referência municipal	32	66,7
P 2.35 D	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica	35	72,9
P 2.36 C	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as situações frequentes na atenção básica	37	77,1
P 2.37 C	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país	44	91,7
P 2.38 B	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF	31	64,6
P 2.39 B	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência	21	43,8
P 2.40 A	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em saúde mental	13	27,1

APÊNDICE R

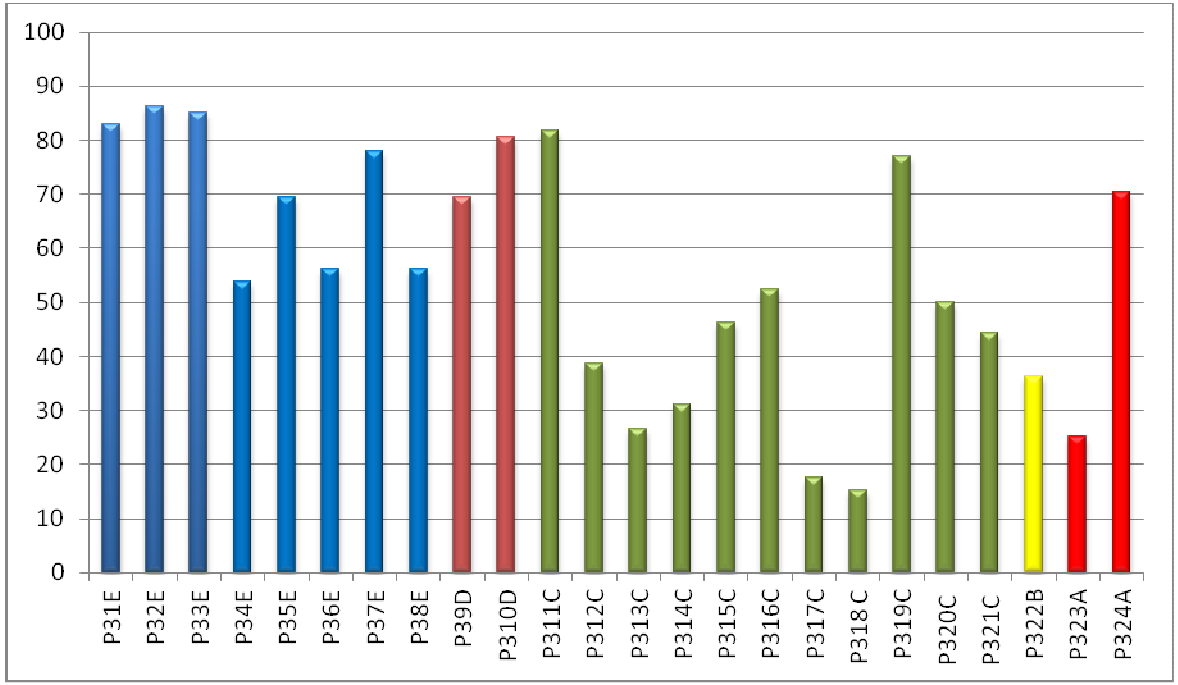

Gráfico 10: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Infraestrutura e Equipamentos da USF* segundo os gerentes das USF. 2011

APÊNDICE S

Tabela 10: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Infraestrutura e Equipamentos da USF* segundo os gerentes das USF. 2011

	Padrões de Qualidade - Subdimensão *Infraestrutura e Equipamentos da USF*	**Equipes em conformidade**	**% equipes**
P 3.1 E	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população	174	82,9
P 3.2 E	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	181	86,2
P 3.3 E	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas	179	85,2
P 3.4 E	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo	113	53,8
P 3.5 E	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades	146	69,5
P 3.6 E	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	118	56,2
P 3.7 E	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	164	78,1
P 3.8 E	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.	118	56,2
P 3.9 D	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.	146	69,5
P 3.10 D	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF	169	80,5
P 3.11 C	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente.	172	81,9
P 3.12 C	Os tensiômentos e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos	81	38,6
P 3.13 C	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo	56	26,7
P 3.14 C	A USF dispõe de linha telefônica	65	31,0
P 3.15 C	A USF dispõe de equipamento de informática.	97	46,2
P 3.16 C	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de E. Permanente.	110	52,4
P 3.17 C	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.	37	17,6
P 3.18 C	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	32	15,2
P 3.19 C	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.	162	77,1
P 3.20 C	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.	105	50,0
P 3.21 C	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada	93	44,3
P 3.22 B	A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.	76	36,2
P 3.23 A	A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.	53	25,2
P 3.24 A	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.	148	70,5

APÊNDICE T

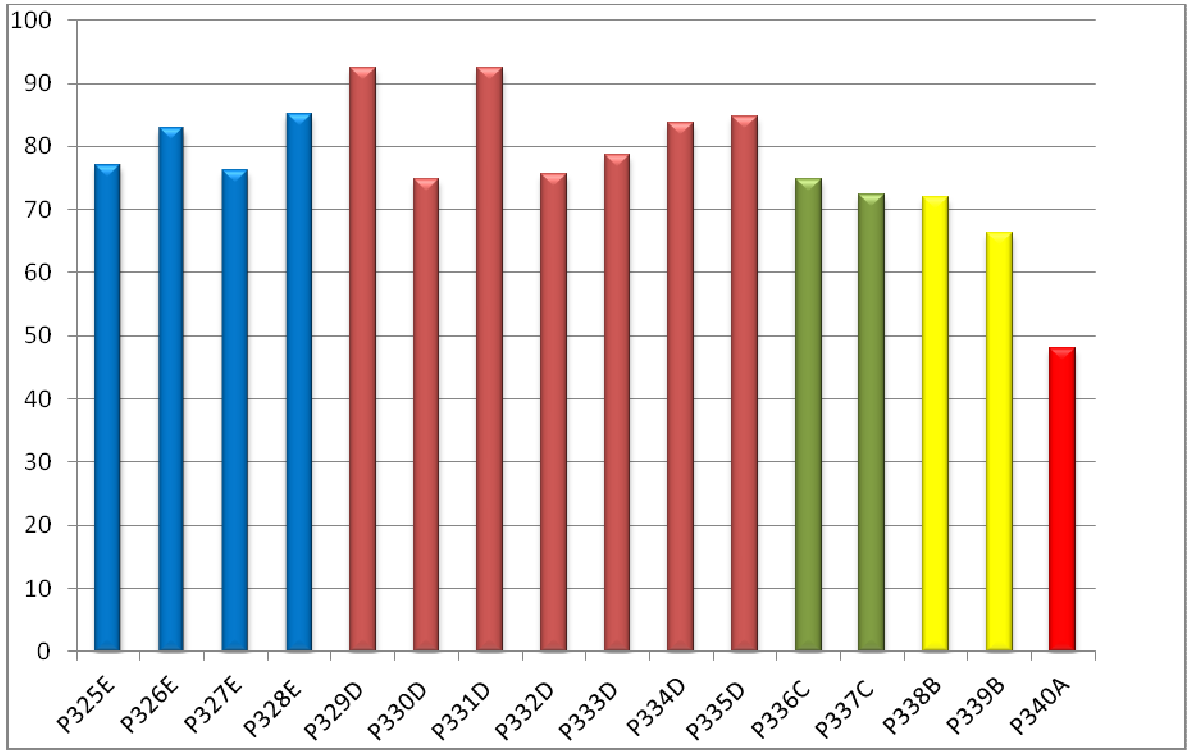

Gráfico 11: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos* segundo os gerentes das USF. 2011

APÊNDICE U

Tabela 11: Frequência de equipes da macrorregião Nordeste de Minas Gerais em conformidade com Padrões de Qualidade da Subdimensão *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos* segundo os gerentes das USF. 2011

	Padrões de Qualidade - Subdimensão *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos*	**Equipes em conformidade**	**% equipes**
P 3.25 E	A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.	162	77,1
P 3.26 E	A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes	174	82,9
P 3.27 E	As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.	160	76,2
P 3.28 E	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses.	179	85,2
P 3.29 D	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.	194	92,4
P 3.30 D	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.	157	74,8
P 3.31 D	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular da ações de saúde.	194	92,4
P 3.32D	A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente.	159	75,7
P 3.33 D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS	165	78,6
P 3.34 D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica.	176	83,8
P 3.35 D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus.	178	84,8
P 3.36 C	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.	157	74,8
P 3.37 C	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas.	152	72,4
P 3.38 B	A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.	151	71,9
P 3.39 B	A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro-intestinal.	139	66,2
P 3.40 A	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado	101	48,1

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento n° 1: Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 1

Desenvolvimento da estratégia Saúde da Família

Implantação e Implementação da Saúde da Família no Município

Q Elementar

1.1	PB	***E***	O Plano Municipal de Saúde define a SF como estratégia para reorganização da Atenção Básica.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à definição clara e textual da SF como modelo para a atenção básica, descrita no Plano Municipal de Saúde. Sendo o Plano, simultaneamente, um instrumento técnico e político esta definição indica prioriorização política da estratégia.				

1.2	PB	***E***	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social.	***(S)*** ***(N)***
As ESF devem ser implantadas priorizando-se as áreas e as populações de maior risco e vulnerabilidade do município, tanto do ponto de vista social, quanto sanitário. Este padrão está relacionado à busca por maior eqüidade e acessibilidade para o sistema de saúde municipal.				

1.3	PB	***E***	Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4.000 pessoas.	***(S)*** ***(N)***
O limite máximo de pessoas vinculadas a cada equipe deve ser respeitado considerando que a qualidade das ações prestadas vem a ser comprometida pela sobrecarga de trabalho. A Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 recomenda que a média por equipe seja de 3000 pessoas. A resposta deverá ser afirmativa somente quando todas as equipes municipais estiverem em conformidade com esse limite.				

1.4	PB	***E***	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos.	***(S)*** ***(N)***
Este padrão avalia se a gestão municipal da saúde está mobilizada para o tratamento cuidadoso na alimentação dos sistemas de informação. Sistemas de Informação considerados: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.				

1.5	PB	***E***	A gestão municipal da saúde implanta equipes de SB.	***(S)*** ***(N)***
A Saúde Bucal é uma das políticas prioritárias do Ministério da Saúde para a Atenção Básica e sua integração à estratégia SF pode ser realizada de duas maneiras: integrando à equipe o Dentista e o ACD ou o Dentista, o ACD e o THD. Ambas as formas são apoiadas por incentivos financeiros. Considerar para resposta afirmativa qualquer número de equipes SB implantadas, independente da modalidade.				

Q Desenvolvimento

1.6	PB	D	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.1, significando que o Plano Municipal de Saúde apresenta plano estratégico para a reformulação do modelo assistencial por meio da implantação, implementação e consolidação da estratégia SF.				

1.7	PB	D	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.2, significando a realização de estudos com finalidade de avaliar a situação de saúde dos segmentos populacionais no município, diferenciando o seu perfil epidemiológico, os riscos social, ambiental e sanitário das suas regiões. Considerar a resposta afirmativa quando a implantação das ESF estiver fundamentada nestes estudos e análises, sendo definido um número menor de usuários para as equipes responsáveis por áreas mais críticas.				

1.8	PB	D	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população.	(S) (N)
Considerando os princípios de participação popular e controle social, é importante a sensibilização e a divulgação sobre as diretrizes, objetivos e características deste modelo de atenção à saúde para a população em geral e organizações da sociedade civil. Objetiva-se ainda conquistar apoio e legitimidade para a estratégia.				

Q Consolidada

1.9	PB	C	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS.	(S) (N)
O Conselho Municipal de Saúde é a principal instância de controle social no SUS. A discussão participativa do planejamento e da implementação da estratégia SF deve ser pactuada nesse orgão para garantir a sua sustentabilidade política, social e comunitária. O padrão refere-se à pactuação mais ampla e aprofundada de diretrizes e metas, para além da proposta inicial de adesão junto ao MS.				

1.10	PB	C	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.7. Significando que a gestão municipal, além de haver realizado a implantação baseando-se em estudos e análises, mantém este trabalho de forma permanente na implementação da estratégia.				

1.11	PB	C	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.8. É necessário que a estratégia SF seja compreendida por todos os profissionais de saúde da rede de serviços de forma a garantir melhor integração, acesso e resolubilidade da atenção à saúde no município.				

1.12	PB	***C***	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais.	***(S)*** ***(N)***

Considerando a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes e/ou condicionantes da saúde, melhorando a qualidade de vida da população, é importante a construção de ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores do governo (intersetorialidade).

1.13	PB	***C***	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF.	***(S)*** ***(N)***

Estágio mais elevado com relação ao 1.5. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada duas ESF, existir, no mínimo, uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).

1.14	PB	***C***	A Gestão Municipal monitora abastecimento e falta de insumos nas USF.	***(S)*** ***(N)***

O planejamento das compras, a regularidade no abastecimento, a sensibilização dos profissionais para o uso racional e o controle dos estoques visando a eliminação das faltas, são consideradas ações que garantem a consolidação da qualidade do serviço. Considerar para resposta afirmativa a existência de planilhas ou instrumentos para o monitoramento referido.

Q Boa

1.15	PB	***B***	A gestão municipal da saúde apoia e legitima a participação popular e o controle social na SF.	***(S)*** ***(N)***

Padrão mais elevado com relação ao 1.9. As lideranças comunitárias, representantes dos movimentos sociais e o próprio CMS participam ativamente do planejamento e implementação da estratégia por meio de conselhos locais de saúde, representação de usuários, associação de moradores, dentre outros.

1.16	PB	***B***	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico.	***(S)*** ***(N)***

A definição da SF como modelo de atenção por meio de lei municipal, decreto ou outros instrumentos legais garante a sua continuidade jurídica e institucional nas transições políticas. Permite ainda a posterior proposição de um plano municipal de cargos e salários para a SF.

1.17	PB	***B***	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades.	***(S)*** ***(N)***

Recomenda-se, para municípios até 100.000 hab, que as USF abriguem até, no máximo, três equipes e para municípios acima deste porte, até, no máximo, cinco equipes. A existência de responsabilidade técnica (médico e enfermeiro) está prevista em norma legal. Esta orientação busca garantir qualidade, respeitando-se critérios de regionalização, acesso, otimização dos espaços da USF, conforto e segurança sanitária para que as equipes desenvolvam adequadamente o seu trabalho. Considerar a resposta afirmativa quando todas as USF avaliadas estiverem em conformidade com estes parâmetros.

Q Avançada

1.18	PB	***A***	O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais.	***(S)*** ***(N)***

A intersetorialidade em sua definição mais abrangente envolve ações articuladas entre o gestor do setor público e os trabalhos já desenvolvidos por entidades da sociedade civil a fim de ampliar e potencializar iniciativas e intervenções que favoreçam a melhoria da qualidade de vida (alfabetização, geração de renda, conscientização quando ao destino de resíduos, qualificação de cuidadores informais, etc.).

1.19	PB	***A***	A Gestão Municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF.	***(S)*** ***(N)***
Estágio mais elevado com relação ao 1.13. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada ESF, existir uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).				

Integração da Rede de Serviços

Q Elementar

1.20	PB	***E***	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município.	***(S)*** ***(N)***
Compreende-se por reorganização da rede municipal ações como ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e leitos para internações. Outras ações incluem a transformação ou construção de unidades para servirem de apoio e referências às USF. A resposta deverá ser afirmativa quando alguma dessas ações estiver contemplada.				

Q Desenvolvimento

1.21	P>100	***D***	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de referência baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF.	***(S)*** ***(N)***
Estágio mais elevado em relação ao 1.7, significando que são realizados estudos e análises da demanda da SF por serviços para subsidiar reorganização da rede municipal. O padrão não se refere ao efetivo atendimento desta demanda.				

1.22	PB	***D***	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF.	***(S)*** ***(N)***
O padrão considera como exames básicos: hemograma completo, tipagem sanguínea, uréia, creatinina, glicemia, rotina de urina, urocultura, sorologia para a imunodeficiência humana (HIV), sorologia para sífilis, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, citopatologia de colo de útero, teste imunológico para gravidez, exame parasitológico de fezes. Considerar ainda: eletrocardiograma, RX de tórax, Ultrasonografia para os casos indicados. Considerar que existe oferta programada em relação à demanda das ESF para todos os exames listados .				

1.23	PB	***D***	A gestão municipal da saúde garante a coleta e envio de todas as solicitações de sorologia para diagnóstico da dengue.	***(S)*** ***(N)***
A dengue foi escolhida para este padrão como uma condição marcadora de qualidade para a vigilância epidemiológica devido à sua prevalência e relevância no Brasil. Em situações de epidemia considerar para resposta afirmativa a realização por amostragem.				

Q Consolidada

1.24	PB	***C***	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita das equipes de SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas.	***(S)*** ***(N)***
A garantia de internação para os moradores adscritos na SF é fundamental para assegurar o vínculo, a responsabilização, a confiança e a satisfação. Para este instrumento são consideradas clínicas básicas: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia/ Obstetrícia e Cirurgia Geral.				

1.25	PB	***C***	A gestão municipal da saúde garante a realização do pré-natal de alto risco para todas as gestantes encaminhadas.	***(S)*** ***(N)***
O padrão considera que o atendimento é realizado, para todas as gestantes de alto risco encaminhadas pelas ESF, no próprio município ou na rede pactuada.				

1.26	PB	***C***	Há programação da oferta de atendimentos em cardiologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.27	PB	***C***	Há programação da oferta de atendimentos em ortopedia para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.28	P>100	***C***	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação.	***(S)*** ***(N)***
A existência de central de marcação de consultas e internações representa um importante passo no controle, regulação e integração da rede de serviços. Para municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada.				

Q Boa

1.29	PB	***B***	O gestor municipal da saúde monitora os exames especializados solicitados pelas ESF não atendidos pela referência.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao monitoramento dos exames especializados não atendidos, segundo sua relevância e pertinência, com o objetivo de aprimorar a oferta.				

1.30	PB	***B***	Há programação da oferta em reabilitação para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação em fisioterapia e fonoaudiologia está baseado em estudos de demanda verificada e estimada, (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.31	PB	***B***	Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.32	PB	***B***	Há programação da oferta em otorrinolaringologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.33	PB	***B***	Há programação da oferta em neurologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	***(S)*** ***(N)***
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.34	PB	***B***	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à oferta de serviço odontológico especializado, no mínimo, em endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento à pessoas portadoras de necessidades especiais e dignóstico bucal com ênfase na detecção do cancêr bucal. O modelo atual para serviços de referência em SB são os Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. A implantação destas unidades é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal.				

Q Avançada

1.35	PB	***A***	A rede de serviços de saúde assegura à população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária.	***(S)*** ***(N)***
Este serviço inclui unidades próprias, de outros municípios ou serviços contratados. A implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD é uma ação prevista na Política Nacional de Saúde Bucal.				

1.36	> 20	***A***	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de Saúde Mental e as ESF.	***(S)*** ***(N)***
A gestão municipal promove a integração da Saúde Mental (SM) à estratégia SF por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência. O modelo atual de atenção para a SM é a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Centro de Atenção Psico-Social - CAPS, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais gerais e ações nas Atenção Básica) - http://pvc.datasus.gov.br				

1.37	P>20	***A***	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto-atendimento da rede pública pela população coberta pela SF.	***(S)*** ***(N)***
Este padrão permite avaliar a resolubilidade, a satisfação dos usuários e a efetividade do trabalho da SF. Refere-se ao monitoramento da utilização dos serviços de urgência, emergência e pronto-atendimentos como porta de entrada no SUS.				

1.38	P>100	***A***	O apoio de outros profissionais da rede às equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à organização do apoio de profissionais tais como pediatra, ginecologista, clínicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e de Serviços tais como vigilância sanitária e epidemiológica de maneira integrada à SF, exercendo ações tanto de atenção à saúde de indivíduos ou de grupos como ações de educação continuada e apoio técnico. Esta organização tem recebido, frequentemente, a denominação de "apoio matricial". A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, 50% do total de equipes estiver coberta por esta iniciativa.				

Gestão do Trabalho

Q Desenvolvimento

1.39	PB	D	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF.	(S) (N)
A gestão municipal possui plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da SF de acordo com instrumentos legais.				

1.40	PB	D	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial.	(S) (N)
Existem regras e critérios técnicos que permitem selecionar profissionais com o melhor perfil e competência para o trabalho da SF. Normas legais tais como a exigência da inscrição nos conselhos de classes são respeitadas.A resposta deve ser afirmativa no caso desses critérios abrangerem os níveis elementar, médio e superior.				

Q Consolidada

1.41	PB	C	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a Residência ou Pós-graduação em Saúde da Família.	(S) (N)
As regras e critérios para seleção de profissionais de nível superior privilegiam a formação pós graduada específica na área (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família).				

Q Boa

1.42	PB	B	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível superior da SF tenham cargo permanente ou emprego público.				

1.43	PB	B	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível médio da SF tenham cargo permanente ou emprego público.				

Q Avançada

1.44	PB	A	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.45	PB	A	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.46	PB	***A***	A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados.	***(S)*** ***(N)***
As iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades são reconhecidas e premiadas anualmente pela coordenação a partir de critérios definidos e pactuados.				

1.47	PB	***A***	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF.	***(S)*** ***(N)***
Existem mecanismos legais, instituídos pelo poder público municipal, para a carreira profissional e previsão de progressão funcional dos trabalhadores da saúde, contemplando os profissionais da SF. Somente quando os três níveis (superior, médio e elementar) estiverem contemplados, a resposta ao padrão deverá ser afirmativa.				

1.48	PB	***A***	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área.	***(S)*** ***(N)***
Considerar profissionais de nível superior das equipes de SF: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Considerar como formação específica na área: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva. O padrão aponta os esforços desenvolvidos pela gestão para qualificação de seus profissionais.				

Fortalecimento da Coordenação

Q Elementar

1.49	PB	***E***	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF.	***(S)*** ***(N)***
A gestão municipal designa um profissional ou equipe para realizar o trabalho de coordenação e acompanhamento da AB e ou estratégia SF no município. O padrão considera dedicação exclusiva a esta atividade, não estando o (s) profissional (is) envolvido (s) na assistência.				

Q Desenvolvimento

1.50	PB	***D***	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao cargo de coordenação da SF estar formalizado por lei, portaria ou ato interno. Considerar para resposta afirmativa também quando o setor de AB e/ou SF estiver representado no organograma da SMS. Estes aspectos apontam para a legitimação institucional da coordenação.				

Q Consolidada

1.51	PB	***C***	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/SF no processo de pactuação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.	***(S)*** ***(N)***
Considerando a relevância e o impacto desta ação, a coordenação da AB/SF deve participar efetivamente da pactuação, sem delegação ou transferência de responsabilidade.				

Q Boa

1.52	PB	***B***	A gestão municipal viabiliza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à gestão municipal incentivar e viabilizar a participação de membros da coordenação da AB/SF , no mínimo anualmente, em eventos técnicos e científicos ligados ao trabalho da SF, tais como: mostras, encontros, congressos de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família.				

1.53	>100	***B***	O(s) técnico(s) responsável(is) pela coordenação da AB/SF possue(m) formação específica na área.	***(S) (N)***
O padrão refere-se ao universo de técnicos de nível superior envolvidos com a coordenação da AB/SF nos diferentes pontos do sistema (central, regionais, distritos e USF) possuir pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão. Para resposta positiva considerar 50% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.54	>100	***B***	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF	***(S) (N)***
Este padrão refere-se à existência de grupo composto por profissionais diversos da áreas da saúde, incluindo-se profissionais de vigilância em saúde, responsável pelo trabalho de supervisão técnica às ESF.				

1.55	>100	***B***	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF.	***(S) (N)***
Em municípios de maior porte o acompanhamento às equipes necessita ser descentralizado, garantindo apoio técnico e gerencial mais próximo para grupos de até 8 equipes. As ações de coordenação podem ser realizadas por um técnico da USF, dos distritos ou compartilhado por um grupo de coordenação regional.				

1.56	>100	***B***	A SMS possui profissional na coordenação de AB/SF responsável pela área de SB.	***(S) (N)***
A coordenação deve, idealmente, ser integrada por profissionais de nível superior da SB buscando garantir a especificidade e relevância das ações.				

Q Avançada

1.57	PB	***A***	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF.	***(S) (N)***
O padrão refere-se à gestão municipal da saúde ou a coordenação estabelecerem ou utilizarem métodos e instrumentos para monitorar o grau de satisfação dos usuários. Considerar para resposta afirmativa quando esta ação for realizada de maneira sistemática, para todas as USF (ou amostragem para o município), a cada dois anos (ou menos).				

1.58	>100	***A***	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF.	***(S) (N)***
Os profissionais das áreas técnicas, tais como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental trabalham em conjunto com a coordenação da AB/SF no desenvolvimento de materiais técnicos, políticas e ações de acompanhamento e supervisão às ESF.				

1.59	PB	***A***	A coordenação AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas.	***(S) (N)***
Os Conselhos Locais de Saúde ou Conselhos de Unidade (USF ou Unidade Básica de Saúde), quando atuantes e bem constituídos, formam uma rede sólida para o desenvolvimento ascendente das decisões em relação à saúde municipal. É papel precípuo do gestor fomentar, apoiar e garantir a sua formação em todas as unidades de saúde.				

1.60	PB	***A***	A gestão municipal de saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF.	***(S) (N)***
Para que as equipes possam desenvolver ações efetivas e sistemáticas de Humanização, Acolhimento e Responsabilização, é fundamental que as diretrizes e os mecanismos de implementação estejam estabelecidos a partir da SMS na forma de uma política para a rede municipal.				

ANEXO B - Instrumento n° 2: Coordenação Técnica das Equipes

Instrumento nº 2

Coordenação Técnica das Equipes

Planejamento e Integração

Q Elementar

2.1	PB	***E***	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF.	***(S)*** ***(N)***
O cronograma é um instrumento básico na organização do trabalho da coordenação em que o acompanhamento sistemático e regular das ESF é planejado.				

Q Desenvolvimento

2.2	PB	***D***	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se a um plano de trabalho estabelecendo as competências da coordenação, ações a serem desenvolvidas, prioridades, metas, prazos e responsáveis. Considerar para resposta afirmativa existência de documento redigido e atualizado bienalmente.				

2.3	PB	***D***	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município: nº de equipes, cobertura, profissionais e resultados.	***(S)*** ***(N)***
O trabalho das ESF é monitorado quanto à sua cobertura, produção, alcance de metas e indicadores contidos no SIAB. Este deve ser atualizado no mínimo trimestralmente.				

Q Consolidada

2.4	PB	***C***	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.	***(S)*** ***(N)***
O padrão considera a participação dos integrantes da Coordenação no maior número possível de reuniões do Conselho, preferencialmente, em 50% delas. Nos municípios de grande porte considera-se para resposta afirmativa a participação em Conselhos Distritais ou Locais.				

2.5	PB	***C***	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município.	***(S)*** ***(N)***
O padrão aponta para o desenvolvimento da intersetorialidade e fortalecimento da SF. Considerar reuniões com os setores governamentais relacionados à saúde, educação, assistência social, meio ambiente e saneamento, assim como, organizações e movimentos sociais locais. As reuniões devem envolver planejamento, execução e/ou avaliação conjunta de ações. A resposta deverá ser afirmativa quando as reuniões com um ou mais dos referidos setores acontecerem trimestralmente.				

2.6	PB	**C**	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município.	**(S) (N)**
O padrão refere-se ao levantamento, sistematização e divulgação para as ESF dos principais serviços de assistência social, de utilidade pública, de atendimento ao cidadão, de direito ao consumidor e ONG do município.				

Q Boa

2.7	PB	**B**	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área.	**(S) (N)**
O padrão considera, para resposta afirmativa, uma ou mais apresentações ao ano. Em municípios acima de 500.000 habitantes, deverá considerar-se uma apresentação anual por região/distrito de saúde.				

Q Avançada

2.8	>100	**A**	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica.	**(S) (N)**
O padrão aponta para corpo técnico com capacidade de formulação, reflexão e interação com instituições acadêmicas, promovendo a troca de conhecimentos/práticas e possibilitando a produção de conhecimento no campo.				

Acompanhamento das Equipes

Q Desenvolvimento

2.9	PB	**D**	A coordenação da AB/SF reune-se mensalmente com as ESF.	**(S) (N)**
Estágio mais elevado com relação ao 2.1, havendo garantia de reuniões mensais dos membros da Equipe com a coordenação, com pauta e agenda.				

Q Consolidada

2.10	PB	**C**	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe.	**(S) (N)**
Entende-se como a dedicação de 4 horas semanais para reunião de equipe com o objetivo de planejamento, avaliação, integração e troca de conhecimentos. A coordenação está sensibilizada para a importância desta atividade e dá respaldo frente à população e gestão municipal.				

2.11	PB	**C**	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF.	**(S) (N)**
Significa que a coordenação desenvolve ou utiliza instrumentos, tais como: planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o desempenho das ESF, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras.				

2.12	PB	***C***	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF.	***(S)*** ***(N)***
Significa que os eventuais conflitos e problemas de relacionamento no trabalho constituem um foco de atenção da coordenação, que procura abordá-los de maneira propositiva, possibilitando a abertura de canais de comunicação e melhoria do ambiente de trabalho das ESF.				

2.13	PB	***C***	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações.	***(S)*** ***(N)***
A coordenação realiza um processo formal de avaliação do grau de satisfação dos profissionais, dedicando atenção especial à gestão participativa e ascendente, possibilitando que as opiniões dos membros das ESF sejam assimiladas no dia a dia do trabalho.				

Q Boa

2.14	PB	***B***	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população.	***(S)*** ***(N)***
Os problemas enfrentados pelas ESF são acompanhados pela coordenação, que se faz presente na tomada de medidas para a sua solução, especialmente aqueles que prejudicam a qualidade da atenção aos clientes.				

Q Avançada

2.15	PB	***A***	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF.	***(S)*** ***(N)***
Estágio mais avançado com relação ao 2.11. Significa que as avaliações dos trabalhos na SF são realizadas de maneira participativa, possibilitando o compartilhamento das decisões gerenciais e a troca na construção ou proposição dos instrumentos utilizados para o monitoramento.				

Gestão da Educação Permanente

Q Desenvolvimento

2.16	PB	***D***	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF.	***(S)*** ***(N)***
A coordenação prepara e executa (ou articula-se com outras instâncias para executar) cursos ou encontros para discutir os princípios, diretrizes e a dinâmica de trabalho da SF com os trabalhadores da estratégia.				

2.17	PB	***D***	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da Educação Permanente.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à participação direta de membros da coordenação nas atividades locais e ou regionais relacionadas ao desenvolvimento das ações de educação permanente. Considerar a regularidade máxima possível, de acordo com o cronograma de encontros proposto.				

Q Consolidada

2.18	PB	**C**	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente.	**(S)** **(N)**
Existe participação ativa dos profissionais na proposição dos temas considerados prioritários ou necessários em relação à educação permanente.				

Q Boa

2.19	PB	**B**	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem.	**(S)** **(N)**
A coordenação organiza formação teórica e prática nas áreas básicas de saúde, por exemplo, saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, saúde bucal, saúde mental, saúde do idoso, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para médicos, enfermeiros e dentistas que solicitem ou demonstrem lacunas em sua formação para o tema.				

2.20	>100	**B**	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente.	**(S)** **(N)**
O padrão avalia a participação efetiva e sistemática das áreas técnicas da SMS nas ações de educação permanente desenvolvidas pela coordenação AB/SF, apoiando e viabilizando atividades como as descritas no padrão 2.19.				

Q Avançada

2.21	PB	**A**	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF.	**(S)** **(N)**
Estágio mais avançado com relação ao 2.19 . Há garantia de especialização para os profissionais das ESF, obedecendo critérios técnicos para a prioridade de formação como tempo de serviço, interesse, merecimento etc.				

Gestão de Avaliação

Q Elementar

2.22	PB	**E**	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente.	**(S)** **(N)**
Embora a SF desenvolva ações de maneira diferenciada da lógica por procedimentos, baseadas na população e no território, a avaliação da produção da equipe é a ação mais elementar de acompanhamento dos resultados das ações desenvolvidas.				

Q Desenvolvimento

2.23	PB	**D**	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento.	**(S)** **(N)**
A análise do SIAB serve como ferramenta para a tomada de decisões e efetivamente é utilizada para o aprimoramento das ações, de maneira sistemática e regular, pela coordenação.				

2.24	PB	***D***	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF.	***(S)*** ***(N)***
A análise do SIAB e sua utilização como instrumento de planejamento e gestão é realizada com a participação das equipes.				

Q Consolidada

2.25	PB	***C***	A coordenação da AB/SF analisa dados e relatórios dos sistemas de informação do SUS/ ou em saúde.	***(S)*** ***(N)***
São realizadas análises da situação de saúde e do desempenho da SF/AB semestralmente utilizando-se dados disponiveis nos Sistemas de Informação: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.				

2.26	PB	***C***	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população.	***(S)*** ***(N)***
Há um envolvimento das equipes na análise do impacto das ações, utilizando-se da elaboração de indicadores diferentes ou mais específicos que aqueles presentes no SIAB. A resposta será afirmativa caso este processo seja feito no mínimo anualmente.				

2.27	PB	***C***	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada.	***(S)*** ***(N)***
Trata-se da existência de um mecanismo gerencial para avaliar se o quantitativo de exames e encaminhamentos solicitados pela ESF não supera nem está aquém do perfil da clientela segundo necessidades definidas tecnicamente.				

Q Boa

2.28	PB	***B***	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes.	***(S)*** ***(N)***
O planejamento da AB/SF é precedido por uma avaliação com o conjunto de profissionais da SF, assim como, a pactuação de metas de desempenho e cobertura, dentre outras. Este processo deve ser realizado, no mínimo, semestralmente.				

2.29	PB	***B***	A coordenação da AB/SF reune-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	***(S)*** ***(N)***
Os resultados do trabalho das equipes é apresentado e debatido com os demais setores da Saúde Municipal, avaliando-se o impacto das ações e o perfil de saúde. O padrão difere-se do 2.5 onde o foco é o desenvolvimento da intersetorialidade, legitimação e apoio. Considerar, para resposta afirmativa, existirem reuniões formais para este objetivo (avaliação/resultados), no mínimo, semestralmente.				

Q Avançada

2.30	PB	***A***	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para os indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde com as ESF.	***(S) (N)***
A coordenação debate com as equipes as metas propostas para os indicadores da Atenção Básica para o Pacto pela Saúde e monitora o alcance das mesmas, no mínimo, semestralmente				

2.31	>20	***A***	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município.	***(S) (N)***
O padrão considera a periodicidade mínima de quatro anos para realização deste tipo de estudo epidemiológico.				

Normatização

Q Elementar

2.32	PB	***E***	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF documento com os princípios e diretrizes da estratégia SF.	***(S) (N)***
A coordenação tem documento escrito com os princípios e diretrizes da SF, próprio ou de outra instância de gestão (estadual ou federal), e este documento está disponível e acessível a todos os profissionais das USF.				

2.33	PB	***E***	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos.	***(S) (N)***
Refere-se a utilização de documentos técnicos atualizados, regulamentações de vigilância sanitária (elaborados pelas instâncias federal, estadual ou municipal) referentes à normatização para áreas físicas e equipamentos das USF.				

Q Desenvolvimento

2.34	PB	***D***	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contra-referência municipal.	***(S) (N)***
Existem informações em todas as USF, tais como: documentos, instruções, fluxogramas, lista de serviços, critérios de encaminhamento ou condutas padronizadas, por escrito, atualizados no mínimo semestralmente, sobre o sistema de referência e contra-referência municipal.				

2.35	PB	***D***	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica.	***(S) (N)***
Existe manual, elaborado pela própria SMS ou proveniente de outra instância de gestão (estadual ou federal), sobre os medicamentos utilizados na farmácia básica. Considerar, para resposta afirmativa, que todas as equipes são contempladas com o material.				

Q Consolidada

2.36	PB	***C***	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as situações freqüentes na Atenção Básica.	***(S)*** ***(N)***
Livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas sobre situações de risco sanitário, de adoecimento ou acompanhamento freqüentes em AB são fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais da SF. Este material não se refere a folhetos e material informativo destinado aos usuários.				

2.37	PB	***C***	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país.	***(S)*** ***(N)***
Existem livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais das USF. Folhetos e material informativo destinado aos usuários não estão sob consideração.				

Q Boa

2.38	PB	***B***	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF.	***(S)*** ***(N)***
Refere-se à existência, nas unidades, de documento ou instrutivo, elaborado pela própria SMS ou procedente de outra esfera, estabelecendo a atuação de cada categoria profissional da SF em termos de ações, condutas, procedimentos e atividades (ACD, ACS, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e THD).				

2.39	PB	***B***	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência.	***(S)*** ***(N)***
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência				

Q Avançada

2.40	PB	***A***	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental.	***(S)*** ***(N)***
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência em Saúde Mental, especificamente.				

ANEXO C - Instrumento n° 3: Unidade Saúde da Família

Instrumento nº 3

Unidade Saúde da Família

Infra-estrutura e Equipamentos da USF

Q Elementar

3.1	PB	***E***	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.	***(S)*** ***(N)***

Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização freqüente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).

3.2	PB	***E***	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	***(S)*** ***(N)***

O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.

3.3	PB	***E***	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.	***(S)*** ***(N)***

Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade, além das referências culturais das usuárias.

3.4	PB	***E***	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	***(S)*** ***(N)***

Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.

3.5	PB	***E***	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	***(S)*** ***(N)***

O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspideira e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave e equipamentos de proteção individual (EPIs). Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada. A lista básica de equipamentos, instrumentais e insumos está publicada no site do projeto: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm (entrar em Proposta Técnica, depois ir para Àreas Técnicas e depois Saúde Bucal).

3.6	PB	***E***	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	***(S)*** ***(N)***

O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidraúlicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.

3.7	PB	***E***	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	***(S)*** ***(N)***

Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.

3.8	PB	***E***	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.	***(S)*** ***(N)***

Este equipamento reservado ao uso exclusivo da atividade de imunização com controle de temperatura é considerado critério de qualidade da Atenção Básica.

Q Desenvolvimento

3.9	PB	***D***	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.	***(S)*** ***(N)***

O padrão, ao utilizar a expressão "uso e adequação" dos ambientes, refere-se ao entendimento atual do MS de que os espaços na USF podem ser multi-uso, desde que sejam respeitadas as normas para o seu funcionamento.

3.10	PB	***D***	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF.	***(S)*** ***(N)***

A USF possui instrumentais e materiais de consumo para o atendimento gineco-obstétrico em quantidade e garantia de esterilização compatível com a demanda esperada (suficiente para não causar interrupções ou prejuizos à assistência). Instrumentais: espéculos pequenos, médios e grandes; pinças de Cheron; pinça de Pozzi, pinça auxiliar, cuba rim, cubas inoxidáveis. Materiais de consumo: luvas, algodão, gaze, compressas, ácido acético, lugol, álcool, solução fixadora, lâmina para citologia, espátula de Ayre e escova endocervical.

Q Consolidada

3.11	PB	***C***	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente.	***(S)*** ***(N)***

O padrão refere-se à existência de consultórios com equipamentos básicos (padrão 3.1) em número suficiente para que médicos e enfermeiros das ESF realizem atendimentos concomitantemente, sem interrupções em qualquer período de funcionamento da USF.

3.12	PB	C	Os tensiômentos e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos.	(S) (N)
Considerar a resposta afirmativa quando a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos for realizada, no mínimo, semestralmente.				

3.13	PB	C	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo.	(S) (N)
Dentre esses equipamentos podem constar calçados, protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol.				

3.14	>100	C	A USF dispõe de linha telefônica.	(S) (N)
Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais.				

3.15	>100	C	A USF dispõe de equipamento de informática.	(S) (N)
O padrão refere-se à USF dispor de, no mínimo, um equipamento composto por: CPU, monitor de vídeo, teclado, mouse, estabilizador e impressora compatíveis em boas condições de uso, bem como, insumos que permitam seu funcionamento (papel, cartuchos de tinta).				

3.16	PB	C	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.	(S) (N)
Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.				

3.17	PB	C	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o aumento da resolubilidade da AB.				

3.18	PB	C	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	(S) (N)
O padrão refere-se à USF possuir: ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratória.				

3.19	PB	***C***	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.	***(S)*** ***(N)***
A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade de veículo da SMS para atendimento das atividades externas programadas pelas ESF.				

3.20	PB	***C***	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som.				

3.21	PB	***C***	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.	***(S)*** ***(N)***
A disposição física dos consultórios, equipamentos (listados no 3.5) e instrumentais possibilitam o atendimento concomitante pelo cirurgião-dentista e THD, de maneira integrada.				

Q Boa

3.22	>100	***B***	A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.	***(S)*** ***(N)***
Embora sejam estruturas fundamentais em qualquer USF, sua existência qualifica a atenção prestada, ampliando o acesso, a eqüidade e a resolubilidade da AB.				

Q Avançada

3.23	>100	***A***	A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.	***(S)*** ***(N)***
A internet é considerada como um importante recurso para comunicação, obtenção de informações técnicas relevantes e atualização técnica (educação continuada). A existência de internet banda larga na USF, com disponibilidade para os trabalhadores da SF (estebelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.				

3.24	PB	***A***	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.	***(S)*** ***(N)***
Este padrão se refere às condições ideais para o atendimento ginecológico, em termos de conforto e privacidade da cliente.				

Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

Q Elementar

3.25	PB	E	A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.	(S) (N)
Para o Programa Nacional considerar as definições da Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm				

3.26	PB	E	A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais freqüentes.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Pode ser calculado através da demanda não atendida.				

3.27	PB	E	As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.	(S) (N)
O padrão considera que insumos mínimos para as atividades de educação em saúde sejam cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos.				

3.28	PB	E	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses.	(S) (N)
Ao utilizar a expressão "com regularidade e em quantidade suficiente" o padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com freqüência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Deve-se prever o atendimento à crianças e gestantes.				

Q Desenvolvimento

3.29	PB	D	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.	(S) (N)
Considerar como insumos básicos: algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva de procedimento, fio para sutura, ataduras de gaze, abaixador de língua, termomêtro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.30	PB	***D***	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.	***(S)*** ***(N)***
Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.31	PB	***D***	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular da ações de saúde.	***(S)*** ***(N)***
Por exemplo: formulários, receituários e requisições. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.32	PB	***D***	A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente.	***(S)*** ***(N)***
Equipamento e insumos considerados indispensáveis no acompanhamento da população de diabéticos. Considerar, para as fitas, suficiência de 80% da demanda.				

3.33	PB	***D***	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao suprimento dos antibióticos utilizados na Atenção Básica, com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do do tratamento instituído.				

3.34	PB	***D***	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

3.35	PB	***D***	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

Q Consolidada

3.36	PB	***C***	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

3.37	PB	***C***	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas.	***(S)*** ***(N)***
O padrão considera os medicamentos definidos em protocolos clínicos, em quantidade suficiente para o atendimento à demanda especificada. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				

Q Boa

3.38	PB	***B***	A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.	***(S)*** ***(N)***
Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				

3.39	PB	***B***	A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro-intestinal.	***(S)*** ***(N)***
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com freqüência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

Q Avançada

3.40	PB	***A***	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado.	***(S)*** ***(N)***
Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				

ANEXO D - Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Unimontes

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 19 de novembro de 2010.
Processo Nº **2305**
Título do Projeto: Qualidade da Estratégia Saúde da Família na Percepção do Gestor e do Coordenador Municipal.

Equipe Técnica: Profª. Drª. Raquel Conceição Ferreira e Profª. Drª. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.
Mestranda: Ana Paula Nascimento Chaim

Relatora: Profª Drª Maisa Tavares de Souza Leite.
Histórico:
O projeto foi encaminhado pelo Pesquisador Responsável ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes no dia 03 de novembro de 2010, sendo analisado em reunião ordinária no dia 19 de novembro de 2010.

Mérito:
Projeto de Pesquisa do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde, com o objetivo avaliar a Qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios sob a Jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Teófilo Otoni (GRS/TO) considerando a visão do Gestor e Coordenador municipal, e com objetivos específicos de: Identificar o nível de qualidade da atenção primária na ESF considerando o âmbito do gestor municipal; Identificar o nível de qualidade da atenção primária na ESF considerando o âmbito da coordenação e avaliar as ações de planejamento e monitoramento a nível gerencial.Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e por amostragem. O instrumento de coleta de dados consistirá na aplicação da proposta metodológica de avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) proposto pelo Ministério da Saúde. Os sujeitos serão gestores e coordenadores da atenção primária. Este estudo justifica-se pela necessidade de monitorar e avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios pertencentes a GRS/TO. Como também identificar o nível de qualidade da atenção primária na ESF considerando o âmbito do gestor e do coordenador municipal, sendo estes importantes atores na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus munícipes. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo os aspectos éticos que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde) e não apresenta risco, desconforto mínimo e nenhum procedimento invasivo, não havendo nenhum tipo de dano aos sujeitos.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo **2305,** e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto.

Profª. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes