

**Universidade Federal de Mato Grosso**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Mestrado em Saúde Coletiva**

**Processo de Construção de um**  
**Instrumento de Avaliação das**  
**Diretrizes da Estratégia Saúde da Família**

**Valdelírio Venites**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde e Sociedade

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica dos Santos Spinelli

**Cuiabá**  
**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

# **Processo de Construção de um Instrumento de Avaliação das Diretrizes da Estratégia Saúde da Família**

**Valdelírio Venites**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde e Sociedade

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica dos Santos Spinelli

**Cuiabá  
2009**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

V461p Venites, Valdelírio.

Processo de construção de um instrumento de avaliação das diretrizes da estratégia saúde da família. Valdelírio Venites. – 2009.

xii, 183 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Maria Angélica dos Santos Spinelli.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, 2009.

Bibliografia: p. 124-133.

1. Avaliação em saúde. 2. Saúde da família. 3. Avaliação em serviços de saúde. I. Título.

CDU 614.2

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário João Batista dos Santos Lima. CRB-1: 2.447

**Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.**

## DEDICATORIA

A todos aqueles  
que me deram a vida  
e me ensinaram a falar.

A todos aqueles  
que acreditaram na possibilidade de mudança  
e me motivaram a estudar.

A todos aqueles  
que se esforçam para cuidar  
demonstrando que o mais importante é amar.

A todos aqueles  
que souberam ensinar  
que o fundamental é saber escutar.

A todos aqueles  
que conviveram comigo  
e souberam compartilhar.

A todos aqueles  
que trabalham comigo  
para a Saúde da Família  
qualificar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da vida.

A Cleci, minha companheira, amiga e conselheira.

As minhas princesas Sabrina e Ana Carolina pela compreensão.

A Maria Angélica, minha orientadora por compartilhar este precioso momento de minha vida.

Aos professores e colegas do mestrado pelo esforço conjunto, pelas angústias e ansiedades.

Ao Dr. Alex Miranda Rodrigues e Dr. Júlio Strubinger Muller Neto, que me motivaram a cursar este mestrado.

Aos colegas da Escola de Saúde Pública por ter segurado a barra na minha ausência.

A minha equipe de trabalho na Coordenadoria de Atenção Primária que vibram, sofrem juntas e aguardam ansiosas o produto final.

Aos profissionais das equipes de saúde da família de Alta Floresta pelo apoio e colaboração.

Aos gestores municipais de Alta Floresta pela participação e contribuição.

As colegas do Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta: Miriam e Anisângela, amigas, companheiras e batalhadoras da saúde da família.

A todos os profissionais, gestores, professores, técnicos da SES e da ESP que participaram do consenso, meu muito obrigado pelas horas de esforço.

As colegas do meu grupo de pesquisa: Elisete, Sunça, Juliane, Cristiane, Fátima, Zéza e Angélica, pelos muitos momentos de troca.

As professoras Wildce, Edir Ney Mandú e Scatena pelas importantes contribuições na qualificação do projeto.

Aos professores da banca de defesa: João Henrique Scatena, Sônia Natal e Marina Atanaka.

A toda equipe de técnicos do ISC/UFMT, da ESP/MT e da SES/MT

A Fapemat e ao CNPq que financiaram este estudo

Aos meus pais Telmo e Geci pelo exemplo de vida.

**VENITES V. Construção de um Instrumento de Avaliação de Equipes de Saúde da Família. [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2009.**

## **RESUMO**

No Brasil, a saúde da família, principal estratégia para fortalecimento da atenção primária, caracteriza-se como um novo modelo de organização do Sistema Único de Saúde. Sua expansão, além de ampliar a cobertura populacional, vem exigindo novos mecanismos de acompanhamento e avaliação desse processo. O trabalho teve como objetivo construir um instrumento de avaliação de implementação das diretrizes da estratégia saúde da família (ESF), a partir dos principais envolvidos com a proposta. Reconheceu-se a avaliação como atividade negociada e assumida pelos trabalhadores e gestores de saúde, procedimento cotidiano da gestão, que integra o planejamento e exige a pactuação do objeto e dos objetivos. Realizou-se em Alta Floresta/MT e contemplou a realização de uma avaliação de implementação “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da Br 163 no Estado de MT” e a identificação das diretrizes de saúde da família e de critérios avaliativos. Na avaliação de implementação foram entrevistados seis gestores e seis representantes dos usuários no Conselho de Saúde; e 21 profissionais de SF responderam um questionário (87%). A construção do instrumento de avaliação envolveu a utilização de dois grupos focais com gestores, profissionais e representantes dos usuários no CMS e a realização de consenso com 17 especialistas, visando identificar as diretrizes de saúde da família e seus critérios avaliativos. A partir das diretrizes: acesso da população à USF; conhecimento da população adscrita pela equipe; qualidade e integralidade da atenção (acolhimento, vínculo e comprometimento da ESF com a comunidade); trabalho em equipe e autonomia profissional/equipe; resolutividade e coordenação do cuidado; educação permanente; monitoramento e avaliação; participação da comunidade e controle social foi construído outro instrumento de avaliação. Este instrumento avaliativo apresenta-se como importante ferramenta capaz de avaliar o grau de implementação das diretrizes da saúde da família (satisfatório, regular, incipiente, insatisfatório), que facilita o planejamento das ações das equipes favorecendo a mudança das práticas e a busca pela integralidade do cuidado.

**Descritores:** Avaliação em saúde, saúde da família, avaliação em serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

In Brazil, family health, the main strategy for strengthening primary care is characterized as a new model of organization of the Unified Health System to expand, and expand the population coverage, is requiring new mechanisms for monitoring and evaluating this process. This work aims to develop a model of evaluation of family health teams (ESF) from the main concerned with the proposal. It was recognized the evaluation as an negotiated and accepted activity accepted by workers and managers of health, daily process management, which integrates the planning and requires the agreement of the object and goals. Was held in Alta Floresta/MT and included the assessment of implementation "Challenges and prospects of SUS in health care in districts in the area of coverage of the BR-163 in the state of MT" and identification of guidelines for family health and evaluation criteria. In the assessment of implementation were interviewed six managers and six delegates of the users within the Health Council and 21 professionals of Family Health answered a questionnaire (87%). The construction of the instrument of evaluation involved the use of two focus groups with managers, professionals and representatives of users in the City Health Council and the achievement of consensus with 17 experts, to identify the guidelines for family health and its evaluation criteria. From the guidelines: access to USF; knowledge of the population described by the team, quality and completeness of attention (reception, link and commitment of the ESF with the community ESF), teamwork and professional autonomy/team; resolution and coordination of care ; permanent education, monitoring and evaluation, community participation and social control was built another tool of evaluation. This evaluative tool presents itself as an important tool capable of assessing the degree of implementation of the guidelines of family health (good, regular, low, poor), which facilitates the planning of actions of the team favoring the change of practices and search for the integrality of care.

Keywords: Evaluation in health, family health, evaluation in health services.



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	16
<b>CAPÍTULO I</b>	22
<b>SAÚDE DA FAMÍLIA: CARACTERÍSTICAS, EXPANSÃO E DESAFIOS</b>	
1.1. CARACTERÍSTICAS E EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
1.1.1. Saúde da Família em Mato Grosso .....	29
1.1.2. Desafios da Saúde da Família à Mudança do Modelo de Atenção .....	31
1.2. REFERENCIAL TEÓRICO	36
1.2.1. Estudos Avaliativos da Atenção Primária/Saúde da Família .....	36
1.2.2. Avaliação em Saúde .....	41
1.2.3. Avaliação de Implementação .....	43
1.2.4. Abordagem Participativa.....	45
1.2.4.1. A Técnica de Grupo Focal .....	48
1.2.4.2. As Técnicas de Consenso .....	49
1.3. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	51
1.4. OBJETIVOS	51
<b>CAPÍTULO II</b>	52
<b>O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO</b>	
2.1. MATERIAL E MÉTODO	53
2.2. ETAPAS DO ESTUDO/PROCEDIMENTOS	53
2.2.1. A Avaliação de Implementação .....	53
2.2.1.1. Dimensões de Análise .....	55
2.2.2. Abordagem Participativa .....	56
2.2.3. A Realização do Consenso .....	58
2.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
<b>CAPÍTULO III</b>	61
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO – PARTE I</b>	
3.1. O SUS EM ALTA FLORESTA E A GESTÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	62
3.1.1. Caracterização do Município .....	62
3.1.2. Condição Demográfica, Econômica e Social.....	62
3.2. A MICRORREGIÃO DE SAÚDE	63
3.3. CONSTITUIÇÃO LEGAL DO SUS MUNICIPAL	67

3.3.1. A Lei Orgânica do Município .....	67
3.3.2. Instâncias de Controle Social do SUS Municipal .....	68
3.3.3. Fundo Municipal de Saúde (FMS) e Financiamento.....	70
<b>3.4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SUS MUNICIPAL</b>	<b>70</b>
3.4.1. Rede de Serviços de Saúde.....	73
3.4.2. Quadro de Pessoal.....	74
3.4.3. Caracterização sócio-demográfica dos profissionais de saúde da família.....	76
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO – PARTE II</b>	<b>80</b>
<b>3.5. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALTA FLORESTA: RASTREANDO SUAS DIRETRIZES</b>	<b>81</b>
3.5.1. Concepção sobre o modelo de atenção .....	81
<b>3.6. DIRETRIZES OPERACIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E CRITÉRIOS AVALIATIVOS</b>	<b>85</b>
3.6.1. Diretriz: Acesso da população à unidade de saúde da família .....	85
3.6.2. Diretriz: Conhecimento sobre a população adscrita pela equipe .....	89
3.6.3. Diretriz: Qualidade e integralidade do cuidado (acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe com a comunidade) .....	91
3.6.4. Diretriz: Trabalho em equipe e autonomia profissional/equipe .....	94
3.6.5. Diretriz: Resolutividade e coordenação do cuidado .....	97
3.6.6. Diretriz: Educação Permanente .....	100
3.6.7. Diretriz: Monitoramento e Avaliação .....	103
3.6.8. Diretriz: Participação da comunidade e controle social .....	107
<b>3.7. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>110</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>124</b>
ANEXO I – Instrumento para o Gestor da Saúde municipal (Banco 1) .....	133
ANEXO II – Instrumento para o coordenador da SF (Banco 2) .....	139
ANEXO III – Instrumento para médicos e enfermeiros das ESF (Banco 4) .....	142
ANEXO IV – Instrumento para odontólogos (Banco 6) .....	153
ANEXO V – Instrumento para representante dos usuários no CMS (Banco 5) .....	159
ANEXO VI – Estrutura, organização e funcionamento das USF (Banco 3) .....	161
ANEXO VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	165
ANEXO VIII – Roteiro de Debate dos Grupos focais .....	167
ANEXO IX – Questionário para Definição de Consensos - 1ª Matriz Analítica .....	168
ANEXO X – Questionário para Definição de Consensos - 2ª Matriz Analítica .....	175
ANEXO XI – Caracterização das equipes de saúde da família e saúde bucal. Alta Floresta, 2007.....	183

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil, setembro/2008.....	28
<b>Figura 2:</b> Evolução da implantação, número de municípios, de equipes de Saúde da Família e cobertura populacional. Mato Grosso, 1997 a 2008.....	29
<b>Figura 3:</b> Regiões, microrregiões e sedes das regiões de saúde. Mato Grosso, 2005....	64
<b>Figura 4:</b> Microrregião Alto Tapajós e a configuração dos Módulos Assistenciais. Mato Grosso, 2005.....	65
<b>Figura 5:</b> Organograma administrativo da Secretaria de Saúde. Alta Floresta, 2008...	72
<b>Figura 6:</b> Percentual de outras atividades exercidas, além da saúde da família, pelos profissionais. Alta Floresta, 2007.....	79
<b>Figura 7:</b> Evolução da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família. Alta Floresta, 2008.....	87

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Agentes sociais previstos e participantes da pesquisa de implementação de saúde da família. Alta Floresta, 2007.....	55
<b>Quadro 2:</b> Agentes previstos e participantes dos grupos focais. Alta Floresta, 2007.....	57
<b>Quadro 3:</b> Agentes previstos e participantes do consenso. Alta Floresta, 2007.....	60
<b>Quadro 4:</b> Demonstrativo do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde. Alta Floresta, 2006.....	76

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família do município estudado. Alta Floresta, 2007.....	77
<b>Tabela 2:</b> Alterações ocorridas na vida profissional após ingresso dos médicos, enfermeiros e odontólogos nas equipes de saúde da família. Alta Floresta, 2007.....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ASB** – Auxiliar de Saúde Bucal
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ACSR** – Agente Comunitário de Saúde Rural
- AMQ** – Avaliação de Melhoria da Qualidade
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAE** – Associação de Pais e Alunos Especiais
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- CAB** – Coordenadoria de Atenção Básica
- CD** – Cirurgião Dentista
- CIB** – Comissão Intergestora Bipartite
- CIS** – Consórcio Intermunicipal de Saúde
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- COATBA** – Coordenadoria de Atenção Básica em Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- DATASUS** – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
- ERS** – Escritório Regional de Saúde
- ESF** – Equipe de Saúde da família
- ESP/MT** – Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
- FAPEMAT** – Fundo de Amparo a Pesquisa de Mato Grosso
- FUNASA** – Fundação Nacional da Saúde
- G 1** – Gestor 1 – Secretário Municipal de Saúde
- G2** – Gestor 2 - Coordenadora de Atenção Básica do Município
- G3** – Gestor 3 – Gerente de Atenção Básica do Município
- G4** – Gestor 4 – Técnico do Escritório Regional de Saúde
- IAB** – Índice de Atenção Básica
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano

**INCRA** – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
**INDECO** – Integração, Desenvolvimento e Colonização S/A  
**INTERMAT** – Instituto de Terras de Mato Grosso  
**IPEA** – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas  
**LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
**LOS** – Lei Orgânica da Saúde  
**MR** – Maternidade de Referência  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NOBs** – Normas Operacionais Básicas  
**ONU** – Organização das Nações Unidas  
**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PASCAR** – Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais  
**PCAT** – Primary Care Assessment Tool  
**PPSUS** – Projetos Prioritários para o Sistema Único de Saúde  
**PROESF** – Programa de fortalecimento da estratégia saúde da família  
**PSF** – Programa Saúde da Família  
**P(1,2,3.....)** - Profissional 1, 2, 3....  
**SAE** - Serviço de Atendimento Especializado  
**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SAS** – Secretaria de Assistência à Saúde  
**SB** – Saúde Bucal  
**SES/MT** – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso  
**SF** – Saúde da Família  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIA-SUS** – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
**SIAT** – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TAC** – Termo de Ajuste de Conduta  
**TFD** – Tratamento Fora do Domicílio  
**TSB** – Técnico em Saúde Bucal

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da família

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**U1** – Usuário – Presidente do Conselho Municipal de Saúde

**U2** – Usuário – Representante dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde

**U3** – Usuário – Representante dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde

## APRESENTAÇÃO

A saúde da família (SF), principal estratégia de mudança do modelo assistencial, expandiu-se pelo Brasil ampliando o acesso da população aos serviços de saúde a partir do financiamento dispensado pelos governos federal e estadual, que favoreceram a implantação desta estratégia em todo o país. O atrativo financeiro fez com que muitos gestores municipais implantassem equipes de saúde da família.

No âmbito municipal, a experiência do modelo saúde da família causou impacto na expansão da rede assistencial, na aprendizagem institucional do município e na orientação desta estratégia. Além disso, este modelo de atenção impôs novas responsabilidades de gestão, demandou profissional qualificado e comprometido com a filosofia proposta por essa política (ANDRADE et al., 2006).

Estes mesmos autores acenam que o foco das discussões teóricas do momento atual está direcionado para a superação do dilema da etapa da expansão quantitativa do acesso às equipes de saúde da família, passando para a etapa da consolidação da qualidade das ações realizadas e, sua respectiva integração com o restante da rede assistencial do SUS. Tais discussões se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores de saúde, sobretudo em nível local.

Frente a esse momento de transição, entre implantação e melhoria da qualidade, o Ministério da Saúde vem apoiando projetos e construindo modelos de avaliação da atenção básica. Gil (2006) entende que adotar a saúde da família como modelo de atenção implica em mudanças na organização dos serviços, na prática gerencial e nos critérios organizacionais, sendo necessário estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação permanente do processo de implementação dessa estratégia.

Concorda-se que a tarefa de avaliar é tão necessária, quanto complexa e requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos (MS, 1999a), e “não significa apenas a compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, a necessidade de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes agentes do sistema de saúde (MS, 2005a, p. 5).

Além disso, uma avaliação em serviços de saúde, como é o caso deste estudo, é ou

deve vir a ser um procedimento habitual e cotidiano da gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Portanto, a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento, indispensável à tomada de decisões e uma tarefa que deve ser assumida por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (TANAKA e MELO, 2004b, p.124).

Como profissional enfermeiro, servidor da Secretaria de Estado de Saúde, durante cinco anos, quando estive lotado na Escola de Saúde Pública (ESP/MT) vivenciei várias experiências de implementação da saúde da família em municípios mato-grossenses. O contato com profissionais, gestores e técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), por meio das capacitações ministradas, despertou-me o interesse em aprofundar neste tema, visando contribuir para o desenvolvimento de metodologias avaliativas que pudessem auxiliar a mudança das práticas de atenção.

Atualmente, enquanto gestor, coordenador da atenção primária, uma das minhas atribuições é o monitoramento e avaliação da atenção primária.

Esses motivos reforçam a escolha feita no início deste curso: “Construir um instrumento de avaliação de implementação das diretrizes da estratégia saúde da família a partir dos principais envolvidos”.

Embora existam outros instrumentos de avaliação da saúde da família, como é o caso da Avaliação de Melhoria da Qualidade da saúde da família, a proposta deste estudo foi envolver os vários agentes sociais da saúde da família, no processo de construção, com o intuito de elaborar um instrumento avaliativo de forma horizontal. Valorizou-se o processo de elaboração como espaço privilegiado de sensibilização, formação, discussão do modelo de atenção, das dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano dos vários agentes sociais.

A partir de um diagnóstico situacional que caracterizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da família no município em estudo foram rastreadas as diretrizes operativas da saúde da família, definindo critérios capazes de avaliá-las. A integração das diretrizes e critérios possibilitou a construção do instrumento avaliativo, objeto deste estudo.

Três capítulos organizam o conteúdo desta dissertação, assim apresentados:

O primeiro capítulo discorre sobre a saúde da família, suas características, expansão e desafios à mudança do modelo assistencial. Traz um apanhado de estudos avaliativos de atenção primária e da saúde da família. Envolve o referencial teórico de avaliação utilizado,



ênfatisa a abordagem participativa de avaliação e as técnicas de grupo focal e de consenso utilizadas nesta pesquisa. Apresenta ainda os pressupostos e objetivos do estudo.

O percurso metodológico está descrito no Capítulo II, que descreve a metodologia, os envolvidos no estudo, as etapas e como ocorreu o processo metodológico.

O Capítulo III, disposto em duas partes, trata dos resultados e discussão. Na primeira parte apresenta o diagnóstico situacional, contextualiza o município em estudo na região de saúde, caracteriza a organização do SUS municipal, os instrumentos de gestão e a rede de serviços de saúde local. Destaca o grau de implementação da estratégia saúde da família, as práticas profissionais e de gestão e a percepção dos vários envolvidos.

A parte II discorre sobre o processo de rastreio das diretrizes operativas da saúde da família e seus critérios avaliativos, que culmina com a construção coletiva do instrumento de avaliação.

## INTRODUÇÃO

A mudança do modelo de atenção, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, é um dos desafios à consolidação do SUS, pois tenta materializar o “Direito à Saúde” garantido na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A reflexão sobre os modelos assistenciais remete aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que incorporou, em parte, a análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos de reforma (medicina preventiva e comunitária) constituídos neste período. Esses movimentos tinham como propósito substituir o paradigma da multicausalidade pelo paradigma da determinação social da doença, configurando um novo modelo de organização dos serviços de saúde. A Reforma Sanitária propôs reorganizar os serviços de saúde em um sistema integrado que incluía a ampliação do acesso em todos os níveis de atenção em função das necessidades, demandas e representações da população (TEIXEIRA, 2006a).

Esse movimento consolidou-se na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e culminou com a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988. A inadequação dos serviços às necessidades da população (desigualdade no acesso, falta de qualidade e de integralidade das ações destes serviços) foi identificada como problema do modelo assistencial.

A discussão sobre modelos de atenção reapareceu como tema e sub-tema na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) e décima primeira (2000), respectivamente. O modelo de atenção é compreendido por PAIM (2003), como um dos componentes do sistema de serviços de saúde, do qual fazem parte: “a) prestação da atenção (modelo assistencial); b) organização dos recursos; c) desenvolvimento de recursos de saúde (infra-estrutura de recursos materiais, humanos e tecnológicos); d) apoio econômico (financiamento); e) gestão” (p. 567).

Os modelos assistenciais ou de atenção são definidos como combinações tecnológicas utilizadas para organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 2003, p. 567).

Os modelos assistenciais não são simplesmente uma forma de organizar os serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde, mas se constituem

como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas”. São “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, visando intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (TEIXEIRA, 2006a, p. 24).

A concepção ampliada, sistêmica dos modelos de atenção inclui três dimensões: a) dimensão gerencial que envolve os mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; b) dimensão organizativa refere ao estabelecimento de relações entre as diferentes unidades de prestação de serviços; c) dimensão técnico-assistencial ou operativa, diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho. Nessa perspectiva, a transformação do modelo para ser concretizada, “exige a conjunção de propostas e estratégias nessas três dimensões” (TEIXEIRA, 2006a p.25).

De acordo com PAIM (2003), o modelo assistencial brasileiro foi marcado por dois modelos que conviveram de forma contraditória ou complementar.

O modelo “médico-assistencial privatista” que tem origens na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina (PAIM, 2003 p. 568). Caracterizou-se pela natureza hospitalar, centralidade no médico e na demanda espontânea, com privilégio de tecnologias de diagnóstico e tratamento, predominantemente curativo, sendo a doença seu objeto de intervenção. As conseqüências desse modelo foram a ênfase na especialização, o abuso de procedimentos de alta tecnologia, encarecimento das ações, a exclusão social e a ineficácia, caracterizando-se como um modelo que tem baixo impacto na melhoria das condições de vida da população (TEIXEIRA et al., 1998; PAIM, 1999).

O “modelo assistencial sanitaria” privilegia o controle de certos agravos ou de determinados grupos de risco. Tem como objeto os modos de transmissão e fatores de risco das doenças numa perspectiva epidemiológica; a intervenção de saúde organiza-se sob a forma de campanhas e de programas especiais. As campanhas são temporárias requerem grande mobilização de recursos e administração centralizada; seu principal problema é a desestruturação da rotina dos serviços nos períodos que antecedem ou sucedem a sua realização (TEIXEIRA et al., 1998; PAIM, 1999).

Com a criação do SUS, a saúde passou a ser reconhecida como um direito a ser assegurado pelo Estado, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população. Duas leis reafirmam e legitimam esses princípios. A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A concepção de atenção primária seletiva foi considerada um equívoco, ao propor a organização do sistema a partir de um conjunto de serviços baseados em tecnologias simples, focalizados nas populações pobres, que exigia equipamentos mais simples e profissionais menos qualificados sem guardar relação com outros níveis de atenção (MENDES, 2002).

A atual estratégia de reorganização do sistema de saúde engloba o sistema como um todo para o atendimento das necessidades de saúde da população. A ênfase da atenção primária passa pela responsabilidade sanitária que concebe a integralidade, tanto do indivíduo como do sistema, em uma base territorial, visando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação de forma equânime. Nesta perspectiva, a atenção primária torna-se resolutive, integrante de um sistema que possibilita o acesso aos usuários em serviços de diferentes níveis de complexidade necessários para resolução de seus problemas de saúde (MENDES, 1996, 2002).

O correto entendimento da atenção primária dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores descritos por STARFIELD (2004) que contempla: a prestação de serviços de primeiro contato; a longitudinalidade (continuidade dos cuidados ao longo do tempo); a integralidade considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde; a coordenação das ações e serviços necessários para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas; e, atenção orientada à família e à comunidade com apoio constante aos usuários em relação a sua saúde e bem-estar social (MENDES, 2002).

Porém, a implementação do SUS na década de 1990, ocorreu em conjuntura político-econômica nacional e internacional bastante adversa, em meio à necessidade de consolidar uma agenda progressista construída pelo movimento reformista, que buscava romper com o modelo assistencial hegemônico por meio da promoção de políticas de saúde universais e de

caráter permanente. A descentralização, única diretriz do SUS que não colidia com as idéias, foi utilizada como indutora dos demais princípios, reconhecendo a necessidade de fortalecer a capacidade gestora das três esferas de governo para adequação do financiamento, entre outras necessidades (LEVCOVITZ et al., 2001).

A descentralização conduzida pelo Ministério da Saúde iniciou com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Esses instrumentos de regulação tratam da atribuição e divisão de responsabilidades, relação entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e municípios. Constituídas por portarias, objetivos e diretrizes estratégicas à descentralização reforçam o poder de regulamentação da esfera federal ao normatizar e operacionalizar as relações entre as três esferas de governo, não previstas nas leis orgânicas (LEVCOVITZ et al., 2001).

Com a aceleração do processo de descentralização, universidades e instituições de saúde passaram a desenvolver diversas experiências inovadoras, em busca de construir modelos de atenção mais coerentes com as práticas sanitárias (CARVALHO, 1996; PAIM, 2003).

A Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 favoreceram o desenvolvimento de propostas de mudança do modelo de atenção. TEIXEIRA (2006a) identificou-as como: a) o modelo em defesa da vida; b) ações programáticas c) promoção da saúde e cidades saudáveis; d) modelo da vigilância da saúde; e) saúde da família.

O modelo em defesa da vida e das ações programáticas são propostas que privilegiam o nível micro dos processos de trabalho, já as propostas de promoção da saúde e cidades saudáveis buscam dar conta de mudanças do nível macro ao formularem políticas que extrapolam os limites do sistema de serviços de saúde. As propostas da vigilância da saúde e a saúde da família, também em uma concepção macro, enfatizam aspectos técnicos e organizacionais do conjunto das práticas de saúde, tendo como referência a noção de integralidade da atenção (TEIXEIRA, 2006a).

O modelo em defesa da vida tem como objetivo criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo capazes de desencadear mudanças nas instituições de saúde no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, baseado na busca pela autonomia, na lógica do cuidado coletivo, da co-responsabilização, valoriza as ações em micro-espços, a participação dos trabalhadores, profissionais de saúde

e usuários em fóruns de deliberação coletiva e conselhos de saúde (CARVALHO e CAMPOS, 2000).

Este modelo está pautado na

defesa das diretrizes básicas dos SUS, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades (CARVALHO e CAMPOS, 2000, p. 508).

A proposta das ações programáticas em saúde parte da reflexão sobre a programação, como tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho e, avança para a incorporação do enfoque epidemiológico, com uma perspectiva crítica, problematizando inclusive a dimensão ética do cuidado à saúde. A incorporação desta corrente à prática gerencial no âmbito do SUS tem favorecido a busca pela superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada (PPI) e a institucionalização da programação como um espaço de construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde.

A proposta de promoção da saúde supera a idéia de nível de prevenção primária ao associar-se a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria). Nessa perspectiva, a promoção da saúde trabalha a partir da responsabilização múltipla dos vários parceiros, envolvendo a ação de indivíduos, da comunidade, do sistema de saúde e do Estado (TEIXEIRA, 2006b).

As medidas de promoção se aplicam à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas públicas saudáveis nas três esferas de governo (PAIM, 2003). Esta proposta, além de se constituir em um dos pilares da saúde da família, consolidou-se por meio da Portaria 687 (MS, 2006b) como Política Nacional de Promoção à Saúde.

A proposta de vigilância à saúde apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local a partir da: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação

entre ações de promoção, prevenção e curativas; e) atuação intersetorial; f) ação sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA et al., 1998).

A noção de vigilância à saúde passou a ser usada na estratégia saúde da família por ser abrangente e buscar a integralidade da atenção na perspectiva da organização dos serviços, segundo níveis de complexidade tecnológica e, na articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação (TEIXEIRA, 2006a, p. 39).

A última proposta de mudança do modelo identificada por TEIXEIRA (2006a) trata-se da estratégia saúde da família.

Experiências bem sucedidas como o médico da família em Niterói e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, levaram o Ministério da Saúde a adotar o Programa Saúde da Família (PSF), como proposta de mudança do modelo de atenção a partir de 1999.

Em 2006, por meio da Portaria 648 (MS, 2006a), que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, a saúde da família é reafirmada como principal estratégia de organização da atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde reconhece que as características da atenção neste campo podem tornar o sistema de saúde mais efetivo, ter menor custo, gerar mais satisfação à população e ser mais equânime, mesmo diante das adversidades sociais (CONASS, 2007).

A saúde da família foi considerada por MENDES (1996) e CAMPOS (2003), a estratégia mais ampla realizada no Brasil no sentido de reorganização da atenção primária, enquanto mudança de modelo assistencial voltado à vigilância da saúde. Para ANDRADE et al. (2006), a implantação da saúde da família não inaugurou somente um modelo inovador de atenção à saúde, como também contribuiu para a consolidação de uma nova perspectiva de gestão de saúde, iniciada com a implantação do SUS.

## **CAPÍTULO I**

# **SAÚDE DA FAMÍLIA: CARACTERÍSTICAS, EXPANSÃO E DESAFIOS**



## 1.1. CARACTERÍSTICAS E EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde da família caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, realizadas por equipes multiprofissionais de saúde, que cuidam em nível de atenção primária, de uma população definida territorialmente.

Originalmente a proposta saúde da família remonta ao surgimento e difusão do movimento de medicina familiar (PAIM, 2003), cuja finalidade era introduzir reformas no processo de ensino médico. Esse movimento difundiu-se nos países da América Latina e se deslocou das instituições de ensino para os serviços, vindo a emergir no Brasil, enquanto “proposta de formação pós-graduada em Medicina Geral e Comunitária”, tornando-se mais tarde o fundamento da política de organização da atenção primária à saúde (TEIXEIRA, 2006b p. 40).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, em 1994, foi impulsionada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que apresentara sucesso no controle da cólera nas regiões Norte e Nordeste, reduzindo a mortalidade materna e infantil, ao estender sua cobertura para áreas mais pobres e desvalidas.

Inicialmente este programa foi entendido como medicina pobre para os pobres, pois apresentava características de programa vertical da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), e tinha por objetivo cobrir áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (VIANA e DAL POZ, 2005). Três anos depois, foi apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial ao sublinhar a prevenção e o atendimento básico (MS, 1997).

O financiamento do Programa Saúde da Família, no período de 1994 a 1995, era por meio de convênio firmado entre Ministério da Saúde, Estados e municípios. Em 1995, o PSF foi transferido da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) no Ministério da Saúde, rompendo com a idéia de programa vertical, passando a ser financiado pela tabela de procedimentos do SIA-SUS, com remuneração diferenciada e estabelecimento de tetos de transferências de recursos aos Estados (VIANA e DAL POZ, 2005).

A proposta saúde da família objetivou “desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde, que

atendem na unidade local e na comunidade, em nível de atenção primária”. Seu objetivo é reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência (MS, 2000a p.6).

Segundo VIANA e DAL POZ (2005)

a SF constitui-se uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (p. 229).

A implantação das equipes de saúde da família na perspectiva da reorganização do modelo assistencial traz como características inovadoras a organização do processo de trabalho a partir de uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, tem sua atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Essa equipe tem ampliado o vínculo e a co-responsabilidade entre as famílias e comunidade por meio de práticas de cuidado humanizado e integral (MS, 2000b, VIANA e DAL POZ, 2005, TEIXEIRA, 2006b).

A partir de 1997, o Programa Saúde da Família começa a perder seu caráter de “programa e passa a ser um (re) estruturador dos serviços”, isto é, passa a ser um “instrumento de (re) organização ou (re) estruturação do SUS” com base em um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante (VIANA e DAL POZ, 2005, p. 234).

Como indutor de mudanças no modelo assistencial predominante, esse programa além de ampliar a cobertura e o acesso, pretendeu substituir os modos de atuação convencionais por novas práticas assistenciais de saúde, desenvolvidas a partir de novas bases e critérios de abordagem, pautadas nos princípios da vigilância à saúde, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (VIANA e DAL POZ, 2005).

Desta forma, o Programa de saúde da família passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como estratégia estruturante para a organização do SUS (MS, 1997, 2002). TEIXEIRA (2006a) definiu-o como:

uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível (p. 41).

As unidades de saúde da família passaram a atuar com base nas seguintes diretrizes:

- **Eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem** no atendimento à saúde. A família percebida a partir de seu ambiente físico e social, passa a ser unidade central na abordagem das equipes multiprofissionais, favorecendo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções, tendo em vista a superação das práticas curativas convencionais (MS, 2000a).
- **Trabalho em equipes multiprofissionais**, que visam a integralidade da assistência, humanização das práticas, estabelecimento de vínculos, respeito aos valores e crenças, democratização do saber e estímulo a participação social. Equipe composta minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Com essa diretriz o Ministério da Saúde assumia dois desafios: da organização do processo de trabalho a partir de uma equipe multidisciplinar, que deve responsabilizar-se por um território onde vivem ou trabalham em torno de três a quatro mil pessoas, instituindo o vínculo entre profissionais e comunidade; e o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial seja essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (MS, 2002).
- **Adscrição da clientela** realizada a partir do mapeamento das áreas de atuação e do cadastramento das famílias;
- **Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização**. A unidade de saúde da família é destinada a: realizar atenção contínua nas especialidades básicas; atuar como porta de entrada no sistema local, substituindo as práticas de saúde convencionais por uma nova prática, centrada nos princípios da vigilância a saúde; atuar de forma complementar no sistema local, de forma hierarquizada garantindo a referência e contra-referência para os demais níveis (MS, 1997).

As equipes de saúde da família são orientadas a atuar a partir das principais linhas: cadastramento de todas as famílias da área de abrangência; diagnóstico das condições sócio-

econômicas e de saúde dessa população, identificação das pessoas e famílias em situação de risco; priorização das ações de acordo com o planejamento situacional, construído com base na epidemiologia e nas necessidades de saúde da população adscrita; ênfase na promoção da saúde, atuação intersetorial por meio de parcerias com outros setores para o enfrentamento dos problemas que extrapolam a capacidade do setor saúde de resolvê-los; humanização de suas práticas ao buscar a satisfação dos usuários a partir do estreito relacionamento da equipe SF com as pessoas/ famílias/ comunidades; estímulo à participação da comunidade para efetivo controle social (MS, 2000a).

Para TEIXEIRA (2006a) a proposta saúde da família

passou por redefinições em suas concepções e práticas, na medida em que foi concebida com o propósito de reorganizar a prática médica, clínica, a partir da ampliação do objeto de trabalho (individual e coletivo), se associa aos princípios da medicina comunitária incorporando princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia, da administração e do planejamento em saúde (p. 40).

De acordo com PAIM (2003), o Ministério da Saúde desenvolveu uma postura crítica à medicina familiar. Considerando o caráter inovador de saúde da família, este autor destaca os seguintes aspectos:

1. Concebido como programa, o PSF foge à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, pois se caracteriza como uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido”, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, não mais como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde;

2. A saúde da família vai além das ações programáticas, pois se propõe a trabalhar com os princípios da vigilância à saúde na perspectiva dos ciclos de vida;

3. A saúde da família é proposta como modelo substitutivo da rede básica tradicional, com cobertura universal, assumindo o desafio do princípio da equidade, reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (MS, 1998), diferenciando-se das políticas de focalização.

A análise da concepção brasileira de saúde da família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da saúde pública e coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo

de atenção pautado: pela organização sistêmica dos serviços, pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca da integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) no âmbito da atenção básica (MS, 1999a, 2000b).

A concepção teórica da saúde da família é fortemente orientada pela diretriz da integralidade da atenção do SUS (PINHEIRO e MATTOS, 2004; SCOREL et al., 2007). Supõe-se a adoção de uma concepção ampliada de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania, “o foco da atenção passa a ser a família, como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e introduz-se a noção de área de cobertura por família” (VIANA e DAL POZ, 2005, p. 231).

De acordo com SUCUPIRA (2003) a implantação da saúde da família veio acompanhada de ampla transferência de responsabilidades e adição de novos atores no processo de decisão de saúde em nível local. As equipes de SF passaram a ter um papel que extrapola a resposta profissional convencional às demandas de saúde, tornando-se organizadores da demanda local, planejadores das ações de saúde, educadores populares e essencialmente agentes de transformação social.

A Política Nacional de Atenção Básica reforça e complementa como atribuições das equipes de saúde da família: o caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional; a territorialização a partir do cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional; o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo a partir de uma postura pró-ativa em face dos problemas de saúde-doença da população; a utilização sistemática dos dados; a realização do planejamento e programação com base no diagnóstico situacional e priorização dos agravos à saúde mais frequentes; a realização do trabalho interdisciplinar e em equipe com valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, que possibilite a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; a integração das áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, instituições e organizações sociais, para o desenvolvimento de parcerias de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde; o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, execução e avaliação das ações, visando readequar o processo de trabalho e ampliar a cidadania (MS, 2006a).

ANDRADE et al. (2006) reconhecem essas atribuições como processos organizativos, pilares estruturantes, que caracterizam a saúde da família como um modelo inovador de atenção à saúde que assume um caráter coletivo e integral, e acrescentam além destas: o acolhimento à demanda, o resgate da medicina popular; a organização de um espaço de gestão coletiva na equipe; identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário e a clínica ampliada.

Para estes autores, é justamente o componente primário de um sistema público de saúde, de amplitude nacional, que redimensiona a relevância da saúde da família, pois o próprio impacto desta proposta na saúde dos usuários do SUS depende essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência e rede de serviços de atenção à saúde mental (ANDRADE et al., 2006).

A saúde da família expandiu-se em todo país sob indução do Ministério da Saúde, atingindo 5.235 municípios, em dezembro de 2008, com 29.300 equipes de SF, com 49,5% da população brasileira coberta com essa estratégia. Existem 230.244 Agentes Comunitários de Saúde atuando em todo o país. Paralelamente às equipes de saúde da família, também foram implantadas 17.807 equipes de saúde bucal (MS, 2008).

A situação de implantação de equipes de saúde da família, saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, até dezembro de 2008, é mostrado na Figura 1.

**Figura 1 - Situação de implantação de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Brasil, dezembro/2008.**

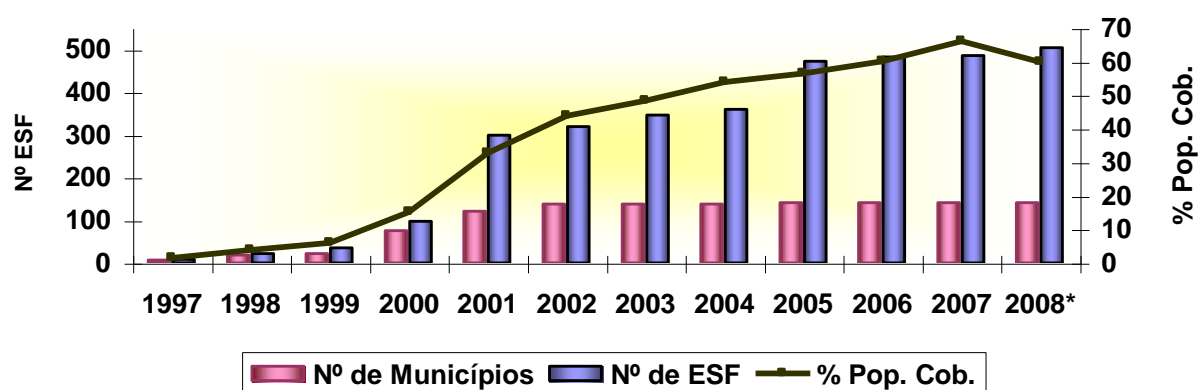


### 1.1.1. Saúde da Família em Mato Grosso

O Estado de Mato Grosso também optou pela implantação da estratégia saúde da família. Tendo em vista a descentralização da saúde, em 1996, iniciou a sensibilização de gestores e comunidades para a implantação de equipes de saúde da família (SES-MT, 1999). As primeiras oito equipes foram efetivamente implantadas em 1997, em seis municípios (Denise, Nova Mutum, Guarantã do Norte, Diamantino, Nortelândia e Curvelândia). Nos anos seguintes, a implantação da saúde da família deu-se de forma gradativa até o ano 2001, quando houve um aumento significativo da adesão dos municípios. Essa expansão ocorreu em virtude, tanto dos recursos federais, repassados aos municípios, quanto dos incentivos financeiros estaduais repassados para implantação e manutenção das equipes de SF (SES-MT, 2008).

A Figura 2 mostra a evolução da implantação de saúde da família, número de municípios, equipes e cobertura populacional em Mato Grosso. Iniciando em seis municípios em 1997, expandiu-se para os 141 municípios do Estado (100%) em 2005. Observa-se que a adesão dos municípios à estratégia foi significativa em 2001, quando o Estado criou o incentivo financeiro para incremento desta.

**Figura 2 - Evolução da implantação, número de municípios, de equipes de saúde da família e cobertura populacional. Mato Grosso, 1997 a 2008.**



Fonte: SIAB/COAP/SES-MT \* Dez/2008

Até o ano 2000 os incentivos eram transferidos por meio de convênios e a partir de 2001 por transferência fundo-a-fundo. No ano 2000, havia 97 equipes de saúde da família

(15% de cobertura) passando para 299 em 2001 (32,6%). No ano de 2005, 100% dos municípios (141) haviam aderido à saúde da família. Em 2007, havia 486 equipes (66% de cobertura) e, em dezembro de 2008, totalizaram 503 equipes de saúde da família representando uma cobertura populacional de 62,62%. Essa queda na cobertura está relacionada à falta de atualização do cadastro das famílias no Sistema de Atenção Básica (SIAB) em muitos municípios (SES-MT, 2008). Aos municípios que aderem à estratégia são repassados R\$ 2.400,00 a R\$ 4.000,00 por equipe/mês, que podem dobrar a partir do momento em que o município, de acordo com seu porte populacional, atingir as seguintes coberturas com saúde da família:

- ◆ 30% ou mais de cobertura populacional de SF para os municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes;
- ◆ 50% ou mais de cobertura para os municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes e inferior a 100.000 habitantes;
- ◆ 60% ou mais de cobertura para os municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferior a 30.000 habitantes;
- ◆ 70% ou mais de cobertura para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes.

Em virtude das desigualdades sociais e observando o princípio da equidade e as dificuldades de acesso, as equipes de saúde da família das regiões do Baixo Araguaia e Noroeste do Estado, regiões mais carentes do Estado, recebem um valor diferenciado (mínimo de R\$ 4.000,00 equipe/mês).

CANESQUI e SPINELLI (2006) destacam que a expansão da saúde da família, no país e em Mato Grosso, deve-se aos estímulos financeiros da instância federal e estadual. Em Mato Grosso, essas autoras destacam “a prioridade conferida pela Secretaria de Estado da Saúde, na gestão governamental de 1998 – 2002 e o apoio à implantação” como componentes estratégicos da política na redução das desigualdades regionais (p. 1881).

No período de 1999 a 2004 os técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) desenvolveram ações de apoio à implantação, assessoramento dos municípios e capacitação das equipes de saúde da família. A política de qualificação das equipes formulada pela Escola de Saúde Pública (ESP/MT) foi “assumida como prioridade desencadeando uma grande ação regionalizada de capacitação, que atingiu todas as microrregiões de saúde” do Estado de Mato Grosso (SES-MT, 2002, p.185).



A Secretaria de Estado de Saúde dispõe também de incentivos financeiros ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR), que oferece serviços básicos de saúde às famílias pertencentes aos assentamentos rurais, com mais de 50 famílias, legalizados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e pelo Instituto de Terras de Mato Grosso (INTERMAT). Este Programa permite contratar um Agente Comunitário de Saúde Rural (ACSR) que atua nos moldes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SES-MT, 2002).

A partir da deliberação da Conferência Estadual de Saúde Bucal, realizada em 2004, as equipes de saúde bucal também passaram a receber incentivo financeiro estadual, estabelecido pela Portaria SES 005/05. Dessa forma, as equipes de saúde bucal modalidade I<sup>1</sup> recebem R\$ 1.400,00/equipe/mês e, as equipes modalidade II<sup>2</sup> recebem R\$ 1.900,00/equipe/mês. O município com 70% da população coberta com saúde bucal recebe um adicional de R\$ 500,00 por equipe em atividade (SES-MT, 2005c).

Com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso publicou a Portaria SES 113/08, que estabelece o Programa de Incentivo ao alcance de metas dos indicadores pactuados da atenção básica. Esta Portaria transfere R\$ 6.000,00/mês para os municípios que alcançarem 70% das metas pactuadas e R\$ 3.000,00 para os que atingirem entre 50% e 69,9% das metas. Os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,702, que alcançarem os percentuais previstos terão acréscimo de 100% nesses valores (SES-MT, 2008).

Em dezembro de 2008, totalizaram 332 equipes de saúde da família com cobertura populacional de 46,05% (DATASUS, 2008).

### **1.1.2. Desafios da Saúde da Família na mudança do modelo de atenção**

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999b) adotar a saúde da família como modelo de atenção a saúde “implica em mudanças significativas na organização dos serviços, na prática gerencial e nos critérios organizacionais, para consolidação do Sistema Único de Saúde,

---

<sup>1</sup> Modalidade I - cirurgião dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

<sup>2</sup> Modalidade II - cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e Técnico em Saúde Bucal (TSB).

fazendo-se necessário estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação permanente deste processo” (p. 7).

Nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, a implantação de saúde da família ocorreu de forma acelerada, enquanto que nos grandes centros urbanos, a implementação tem sido lenta, pois depara com questões complexas como: concentração demográfica, elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos das grandes cidades e a oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SOUZA et al., 2000).

A tradição clientelista e paternalista das políticas dos municípios brasileiros pode estar influenciando a implantação da saúde da família. SENNA (2002) ressalta que a saúde da família pode estar sendo implantada como “barganha política de vereadores, prefeitos e população” ou, devido aos “incentivos financeiros repassados pelos governos federal e estadual”, ao invés de ser mecanismo de promoção da equidade (p.209).

Para MENDES (2002), a implantação da saúde da família altera as acomodações estabelecidas nos espaços político, ideológico e cognitivo-tecnológico. O autor defende que a sua introdução na arena sanitária muda a correlação de forças entre os diversos atores sociais (obstáculos políticos). Os obstáculos de natureza ideológica aparecem em função da mudança cultural, que a equipe necessariamente deve introduzir ao propor estruturar um sistema de serviços de saúde pelo paradigma da produção social da saúde, gerando conflitos. Os obstáculos cognitivo-tecnológicos seriam reflexos da necessidade de incorporação de novos conhecimentos e tecnologias.

GIL (2006) reforça que a saúde da família atravessa atualmente seu maior desafio, que é viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais nos grandes centros urbanos. Desta forma, tem-se um paradoxo:

ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes aos processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (GIL, 2006, p. 1179).

Para ANDRADE et al. (2006), compreender o modelo de atenção inaugurado pela saúde da família no Brasil implica necessariamente reconhecer que cada equipe de saúde da família é distinta das demais, possui prioridades próprias de ação, potencialidades e limitações específicas à equipe multiprofissional e à comunidade em que atua.

Cada equipe é resultante do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primariamente financiado pelo governo federal. Essa diversidade de experiências de saúde da família nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromissos dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário (ANDRADE et al., 2006, p.811).

ANDRADE et al. (2006) apontam sugestões para enfrentar os desafios presentes e futuros a implementação do SUS e da saúde da família:

1. No que se refere à formação e educação permanente: a) capacitar gestores, profissionais e trabalhadores das equipes de SF; b) mudar os cursos de graduação da área de saúde para formar profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS, especialmente nos cursos de graduação em medicina; c) implementar o artigo 200 do Capítulo da Saúde, da Constituição Federal, que define que cabe ao setor de saúde regular a formação de recursos humanos para o SUS, adequando a formação de profissionais de saúde do país às necessidades de saúde da população; d) criar mecanismos de estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade;

2. No que se refere à integralidade, à qualidade da atenção e ao controle social: a) investir na interdisciplinaridade das ações e aprimoramento da integralidade para garantia de uma atenção à saúde mais resolutiva; b) buscar um conjunto de medidas de qualidade para que haja um processo disseminado e consistente de monitoramento e avaliação dos programas em nível local; c) garantir mecanismos formais de participação popular em busca de uma equipe de saúde da família mais responsiva às necessidades locais; d) implementar políticas de comunicação social que garantam forte apoio popular ao SUS e à saúde da família.

De acordo com TEIXEIRA (2006a), o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo e exige iniciativas macrossistêmicas, que criem condições para mudanças em nível micro. É preciso que ocorram mudanças nas “regras básicas do sistema, com o desencadeamento de processos político-gerenciais, que criem condições

favoráveis para a introdução de inovações nas práticas de saúde (conteúdo), na forma de organização do processo de trabalho e na forma de organização das unidades em redes assistenciais. Essas redes deverão contemplar “princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos, buscando ajustar o perfil da oferta às necessidades e demandas da população” (p. 29).

Algumas mudanças podem favorecer a mudança das práticas de saúde, como por exemplo: a introdução de tecnologias de gestão proporciona a identificação de problemas e necessidades de saúde numa perspectiva social e epidemiológica; a implantação de mecanismos de controle e avaliação do processo de prestação de serviços (principalmente rede privada e conveniada) conduz a uma adequação entre a oferta e as necessidades e problemas de saúde da população; a introdução de mudanças na dimensão organizativa, seja pela modificação das proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre as unidades de produção e serviços nos níveis de complexidade tecnológica podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. A proposta de ampliação da rede básica de serviços de saúde pode alterar a relação entre os cuidados primários, secundários e terciários. As propostas que estabelecem pacto de responsabilidades entre os vários municípios podem vir a compor uma microrregião de saúde, ampliando o acesso de suas populações a novos serviços e a uma maior resolutividade dos problemas de saúde (TEIXEIRA, 2006a).

Na concepção desta autora, essas proposições embora necessárias não são suficientes para transformar o modelo de atenção. Pois, para que isto ocorra é necessária “a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde” (finalidades e elementos estruturais), ou seja, “no objeto e nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária” (TEIXEIRA, 2006a, p. 27)

trata-se de superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2006a, p. 27).

O foco do cuidado deve voltar-se para prevenção de riscos e agravos, promoção da saúde das pessoas e dos grupos populacionais, tomando como base os problemas de saúde

da população e seus determinantes, a atenção passa a ser organizada a partir do modo de vida das pessoas e dos grupos sociais (condições de vida, trabalho e lazer) (PAIM, 1999; TEIXEIRA, 1998, 2006a).

Esta redefinição do objeto de trabalho “exige a utilização de saberes e tecnologias com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços”, que implica a necessidade de mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho, tanto da equipe multiprofissional (no caso de saúde da família), como da “população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, num processo de empoderamento político e cultural” (TEIXEIRA, 2006a p. 28).

Embora a estratégia saúde da família venha se estendendo por todo o território nacional, “o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade” (RONZANI e SILVA, 2008, p. 24).

Diante dos desafios expostos por PAIM (1999), TEIXEIRA (1998, 2006a), SOUZA et al. (2000), MENDES (2002), SENNA (2002), GIL (2006), ANDRADE et al. (2006), RONZANI e SILVA (2008), concorda-se com CAMPOS (2005), que avaliar a qualidade da atenção primária é prioridade, no momento atual, para o fortalecimento da estratégia saúde da família.

Nessa perspectiva, assume-se como fundamental a adoção de estratégias de monitoramento e avaliação da saúde da família, uma vez que “o conjunto de propostas de mudança no modelo de atenção à saúde que vem sendo implementadas e analisadas no âmbito do SUS, não dão conta sozinhas de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde” (TEIXEIRA, 2006a, p. 29).

## 1.2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.2.1. Estudos Avaliativos da Atenção Primária/Saúde da Família

A pesquisa de opinião com gestores realizada por MACHADO (2000) situa-se entre os estudos pioneiros sobre a saúde da família citados na literatura. O autor apontou que a saúde da família era capaz de ampliar o acesso aos serviços e o vínculo da equipe com a comunidade, melhorar a qualidade do atendimento, atender a demanda de forma organizada, aumentar a satisfação dos usuários e diminuir os custos das internações hospitalares. Por outro lado, já naquela época, identificava como dificuldades: financiamento inadequado, deficiência na referência e contra-referência, insuficiência de médicos, alta rotatividade profissional, diferenças salariais entre profissionais e dificuldades de fixação deles, necessidade de incluir novos profissionais na equipe e de realizar capacitações.

Enquanto estratégias de superação dessas dificuldades, MENDES (2002) sugeriu: incrementar recursos à SF (estratégia econômica); criar um sistema de programação e certificação periódica (estratégia gerencial), investir em obras e equipamentos (estratégia física), formular um plano de qualificação profissional das equipes (estratégia educacional), e focar na desprecarização das relações de trabalho e na definição de parâmetros regionais de remuneração (estratégia do trabalho).

Na busca por consensos e diferenças entre equipes de saúde da família de Teresina (PI), PEDROSA e TELES (2001), utilizando-se de grupos focais, identificaram que a saúde da família possibilitava o envolvimento de forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes,

ao propiciar que as ações de saúde sejam integradas e organizadas em um território definido, favorecendo que os problemas identificados sejam enfrentados e resolvidos por meio da articulação de saberes e práticas de diferentes complexidades tecnológicas, integrando distintos campos de conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos (PEDROSA e TELES, 2001, p. 305).

Em 2002, SCOREL et al. (2007) avaliaram a implementação de saúde da família em dez municípios de grande porte de quatro regiões do país. Nesses municípios observou-se um processo ainda em curso de mudança incremental do modelo assistencial da atenção básica. A saúde da família revelava avanços na incorporação de novas práticas profissionais, na atenção primária e na criação de vínculos entre a equipe e comunidade. Entretanto, nos

grandes centros urbanos o PSF enfrentava obstáculos como: garantia da integralidade e de acesso à atenção secundária, carência da oferta de serviços públicos municipais de média e alta complexidade, mecanismos de integração insuficientes para garantir a referência e contra-referência, dificuldades na substituição das práticas tradicionais e na articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva. A saúde da família também enfrentava obstáculos na incorporação de profissionais ao processo de capacitação. O estudo destacou como novas práticas incorporadas: as atividades de grupo, as atividades extramuros, como visitas domiciliares, e as reuniões com a comunidade.

(...) conclui que a implementação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos difunde uma nova perspectiva para a atenção primária no Brasil, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Sugerem que o sucesso da implementação para a grande maioria da população, afora os incentivos federais, dependerá de estratégias criativas locais para enfrentar a diversidade de nosso país (SCOREL et al., 2007, p. 175).

Ao analisar as práticas dos trabalhadores de cinco equipes de Florianópolis tomando por base as categorias “acesso e integralidade”, CONILL (2002) concluiu que a implantação de saúde da família aumentou a oferta de serviços para a população não beneficiária de planos de saúde, teve grau de implantação moderadamente adequado e ampliou a integralidade da atenção. Reconheceu dificuldades de acesso (relação equipe/número de famílias) e para adequação do modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas. A descentralização, com a municipalização e a consolidação de sistemas locais segundo a estratégia saúde da família, foram apontadas como políticas setoriais que podem facilitar a superação dessas dificuldades.

MACINKO et al. (2003) desenvolveram uma pesquisa no município de Petrópolis (RJ) comparando as dimensões organizacionais do sistema com Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas tradicionais. Concluíram que o processo de trabalho em equipe e em regime integral aproximou a equipe de saúde da família da realidade da população, ampliou o vínculo, favoreceu a integralidade da atenção e aumentou a responsabilização das equipes com a comunidade. Porém, Petrópolis ainda tem como desafio: melhorar o acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a coordenação do cuidado e a orientação para a comunidade. A

necessidade de qualificação da rede de atenção básica, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação foi apontada como desafio do sistema a ser enfrentado.

TEIXEIRA (2003) destaca que a nova relação entre a equipe de saúde e a população, além de “levar ao empoderamento social do cidadão-usuário com elevação da consciência sobre seus direitos sanitários, fortalece as ações básicas de saúde e favorece a reorientação das ações de média e alta complexidade” (p. 32).

Porém, em relação à mudança do modelo de atenção, TEIXEIRA (2006a) destaca que

ainda não é possível afirmar, que o conjunto de ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Por isso, ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar, na prática das equipes, uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população (p. 42).

Tomando por base o referencial proposto por STARFIELD (2004), que se desdobra em dimensões de avaliação da atenção básica à saúde, ALMEIDA e MACINKO (2006) apresentaram oito dimensões essenciais da atenção básica em saúde, construídas após profundo estudo e validação de dados. Estas dimensões são: acesso, porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de serviços ou compreensividade, coordenação ou integração dos serviços, enfoque familiar, orientação familiar e formação profissional. A definição destas dimensões consta no quadro Anexo

Apropriando-se destas oito dimensões, ELIAS et al. (2006), entre os estudos de linha de base do Programa de fortalecimento da estratégia saúde da família (PROESF) compararam a assistência das Unidades de Saúde da Família (USF) com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais, por estrato de exclusão social no município de São Paulo, considerando as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores. O questionário (Primary Care Assessment Tool - PCAT) foi respondido pelos profissionais das USF e UBS melhores avaliadas segundo o Índice de Atenção Básica (IAB) dos três agrupamentos sociais.

O estudo resultou na elaboração de escores de percepção de usuários, gestores e profissionais para cada modalidade, abrangendo as oito dimensões da atenção básica. As percepções dos gestores e profissionais foram muito semelhantes para todas as dimensões estudadas, com exceção de uma unidade situada em um estrato; a opinião dos usuários é comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos de exclusão, sendo os índices



alcançados inversamente proporcionais aos das situações de exclusão, isto é, quanto maior a exclusão, menor o índice de aprovação do PSF. O mesmo se aplica à porta de entrada que, nos estratos de maior exclusão, indicou o modelo tradicional como o mais favorável, representado pela unidade básica de saúde.

A acessibilidade foi percebida como a pior dimensão nos três estratos de exclusão e nas duas modalidades de assistência básica avaliadas. As dimensões acessibilidade, enfoque familiar e orientação comunitária foram percebidas pelos usuários como sendo as piores. “Em suma, a comparação entre os modelos PSF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social mostrou que para os usuários, o PSF é superior à UBS, enquanto que para os profissionais e gestores não se revelaram diferenças entre essas duas modalidades nos três estratos” (p. 640).

RONCALLI e LIMA (2006), em outro estudo de linha de base do PROESF, avaliaram impacto do PSF sobre os indicadores de saúde da criança em quatro municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Isoladamente ou associado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os autores não observaram diferenças significativas entre os resultados de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, destacando apenas a redução na taxa de internação por diarreia.

RONZANI e SILVA (2008) analisaram a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre a estratégia saúde da família de dois municípios de Minas Gerais. Os profissionais relataram que os atributos pessoais são requisitos básicos para uma boa equipe, destacaram a prevenção como principal objetivo de saúde da família, e mostraram-se insatisfeitos quanto à organização da saúde da família. Para os gestores, o maior benefício é a intervenção junto às famílias. Salientaram como importantes a educação, a assistência e a promoção da saúde. Na opinião dos usuários, o agente de saúde representava a categoria profissional de maior destaque e reclamavam a presença de especialistas na equipe. A maior parte dos entrevistados não participava de atividades extra-consultas. Para os autores, a expectativa diferente, quanto à estratégia por segmentos envolvidos, pode afetar a efetividade do serviço.

CAMPOS (2005) destaca os esforços realizados pelo Ministério da Saúde na criação da área de avaliação da qualidade da Atenção Primária em Saúde e na elaboração do instrumento de auto-avaliação da qualidade de gestão das coordenações e das equipes de

saúde da família, denominado “Avaliação de Melhoria da Qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)”.

A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como “provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário” (HERNANDEZ, 1993, p. 8).

No Brasil, a qualidade vem sendo perseguida por gestores, profissionais e usuários (CAMPOS, 2005). Porém, essa é uma questão nova para a atenção básica, que teve nas últimas décadas a elaboração de normas e critérios capazes de nortear a assistência circunscrita às áreas técnicas, responsáveis pelos diversos programas de saúde. Assim, entre as iniciativas de avaliação da atenção básica destacam-se os estudos de STARFIELD (2002), MINISTÉRIO da SAÚDE (2005b), CAMPOS (2005), ALMEIDA e MACINKO (2006), ELIAS et al. (2006), cujas metodologias subsidiaram este estudo.

Para STARFIELD (2002), uma avaliação de atenção primária deve envolver, além do desempenho assistencial, os aspectos exclusivos, os aspectos essenciais e os derivativos da atenção primária. Os aspectos exclusivos devem avaliar: a) o primeiro contato (acessibilidade da unidade, acesso à atenção e uso da unidade como local de primeiro contato); b) longitudinalidade (acompanhamento do usuário ao longo do tempo, independente do serviço que utilize, seja de média ou alta complexidade); c) integralidade (espectro dos problemas a serem tratados, atividades preventivas primárias e secundárias, reconhecimento e manejo dos problemas de saúde na população e porcentagem de pessoas manejadas que foram referenciadas sem encaminhamento) e, d) coordenação da atenção (mecanismos para continuidade, reconhecimento de informações de consultas prévias e reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria).

Para esta mesma autora, os aspectos essenciais da atenção primária devem analisar o formato do prontuário médico, a continuidade da atenção, a comunicação profissional-usuário/família, a qualidade clínica da atenção e a proteção dos usuários. Já os aspectos derivativos avaliam se o processo de trabalho é centrado na família, orientado para a comunidade e se aborda competências culturais. STARFIELD (2002) propõe que uma avaliação da estrutura/capacidade dos serviços exige avaliar: pessoal, instalações e equipamentos, variedade do serviço, financiamento, entre outros aspectos. O

processo/dinâmica do atendimento aos usuários avalia o reconhecimento do problema de saúde, diagnóstico, conduta, retorno, entre outros aspectos. Já a avaliação de resultados sugere: longevidade, desconforto, percepção de bem-estar, riscos, capacidade de recuperação, entre outros.

De acordo com CAMPOS (2005), “os modelos usualmente desenvolvidos para a avaliação da qualidade em saúde foram baseados na produção de cuidados hospitalares, voltados para o tratamento de doenças”. Para este autor, diversos aspectos relacionados às peculiaridades da atenção primária merecem ser problematizados, uma vez que “a qualidade prestada por esse nível de assistência presta um papel primordial para que se alcance a qualidade global de todo o sistema” (p. 68).

A proposta de avaliação de saúde da família do Ministério da Saúde (MS, 2005b) intitulada “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” reúne as referências conceituais, metodológicas e operacionais de um modelo de avaliação para melhoria da qualidade construída a partir de consensos. Trata-se de uma auto-avaliação, com adesão voluntária, orientada a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Constitui-se em uma forma de auto-gestão, com definição de estágios de qualidade associados a padrões, que vão do estágio “A” (qualidade avançada) ao estágio “E” (qualidade elementar).

### **1.2.2. Avaliação em Saúde**

A consolidação da estratégia saúde da família deve envolver gestores, equipes técnicas e profissionais de saúde na aquisição constante de conhecimento técnico-científico; na substituição da visão curativa pela visão prognóstica (no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva) e na capacidade de produzir resultados positivos, que impactem sobre os principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população (CONASS, 2007).

Nesta perspectiva realizou-se uma avaliação do processo de implementação das equipes de saúde da família, além de privilegiar neste estudo, a participação dos agentes

sociais na definição de diretrizes e critérios avaliativos para a elaboração de um novo instrumento de avaliação, não se propondo a aplicá-lo neste momento.

A avaliação foi entendida como:

um procedimento habitual e cotidiano da gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas; parte integrante e necessária do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões; um campo de aplicação de outras áreas do conhecimento e outras ciências; uma tarefa que deve ser assumida por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (TANAKA e MELO, 2004b p.124).

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005a), a tarefa de avaliar é tão necessária quanto complexa e requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos e

não significa apenas a compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, a necessidade de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (p. 5).

Além de assumir a avaliação como instrumento de gestão, a preocupação de institucionalizar a avaliação como processo formativo indutor de mudanças, também permeou este estudo. Para HARTZ (2002, p. 419) "... institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento". Para isso a avaliação necessita enfrentar aspectos: a) técnicos (definição de critérios, indicadores e instrumentos); b) culturais-organizacionais (referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação); e c) políticos (relativos às ações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde) (MEDINA e AQUINO, 2002).

FELISBERTO (2004) reforça que investir na institucionalização da avaliação contribui para a qualificação da atenção à saúde, promove a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS, os quais devem contemplar as dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Como um componente da gestão em saúde, "a avaliação deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto

das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população” (MS, 2005a, p. 7).

### 1.2.3. Avaliação de Implementação

Os estudos de implementação das políticas e programas sociais são uma sub-área específica da pesquisa de avaliação de políticas, que entre outros tipos, inclui a avaliação de processo. Diferencia-se da avaliação de impacto, que aborda os efeitos do programa sobre a população alvo (PERES, 1998).

Segundo CANESQUI e SPINELLI (2006), a avaliação de implementação permite abarcar o contexto político que direciona o programa e diferencia a posição dos diversos agentes envolvidos, que certamente interfere no curso da avaliação. Enfoca os meios institucionais, incluindo os atores, cujos comportamentos de adesão, resistência ou de aprendizagem facilitam ou impõem obstáculos ao alcance dos resultados dos programas sociais.

Os agentes sociais são classificados a partir de suas posições institucionais ocupadas, seja nas diferentes esferas governamentais, como formuladores e decisores do programa, seja no nível operacional, como implementadores e ainda o beneficiário das ações.

Agentes decisores centrais são os gerentes das instituições centrais dos governos estadual e municipal (secretários municipais de saúde, coordenador do programa estadual, coordenadores da atenção básica e/ou do PSF). Agentes decisores intermediários são os coordenadores dos escritórios regionais que estabelecem elos entre as esferas decisórias estaduais, pertencentes à SES-MT e os municipais, assim como os supervisores e coordenadores do programa. Os agentes implementadores encarregam-se da prestação final de serviços à clientela (CANESQUI e SPINELLI, 2008, p. 863).

As avaliações de implementação abordam as questões de operações das políticas ou das organizações e configuram pesquisas que se aproximam do fazer em política. Os estudos de implementação possibilitam a comparação dos distintos tempos de implementação e a idéia de que a política deve ser permanentemente acompanhada. Também demonstraram o quanto a implementação varia de acordo com a política, com seus diferentes formatos e com a natureza das agências que as implementam. Os estudos indicam a importância de se

estabelecer a inter-relação entre os distintos níveis de governo e entre políticas, contrapondo-se à ênfase da decisão de uma única autoridade e numa única política (PEREZ, 1998, p. 67).

Este mesmo autor destaca como contribuições das avaliações de implementação: a) não se restringem a apenas diagnosticar, mas a corrigir o curso das ações, durante sua execução, subsidiando assim os decisores; b) buscam ampliar a efetividade da decisão dos programas; c) contribuem para ampliar a “accountability” dos programas; d) favorecem maior integração dos diferentes atores da política. Estudos de implementação envolvem complexidade, alto custo, equipes multidisciplinares e devem contar com a autorização dos gestores e de todos os envolvidos na política e/ou programa a ser avaliado por equipes externas às instituições. É um tipo de pesquisa que pode ser realizada durante o processo ou após o término do programa.

Referindo-se a descentralização, CANESQUI e SPINELLI (2004) destacam que a avaliação da implementação da estratégia saúde da família depende de outras instâncias governamentais subnacionais para coordenação, execução e operacionalização. Observam ainda que, no desdobramento do programa, no micro espaço de poder, existem outros atores institucionais e políticos que se configuram em uma rede política de interesses que envolvem organizações recursos financeiros e administrativos. Os estudos de implementação possibilitam reconhecer os olhares dos vários agentes decisores, implementadores e beneficiários, e seus respectivos comportamentos (resistências, adesões e alterações), conflitos e consensos que ocorrem ao longo do processo.

Considera ainda, as capacidades institucionais para o desenvolvimento do programa.

Os sistemas municipais dispõem de maiores ou menores capacidades institucionais de produzir serviços de saúde devido à disponibilidade de infra-estrutura, recursos, formas de organização dos processos de trabalho e gerenciais para fazerem chegar às ações de saúde à população. Mas também, elementos do modelo racional das organizações estão presentes nos processos decisórios, tais como suas estruturas decisórias, rotinas organizadas, esquemas de coordenação, supervisão, mecanismos de controle, sanções e incentivos (CANESQUI e SPINELLI, 2004, p. 10).

Três dimensões podem ser identificadas nos modelos de análise do processo de implementação. A primeira enfoca as relações entre o desenho ou a formulação da política/programa, de um lado, e os formatos que os programas adquirem ao final do processo. A segunda incorpora a dimensão temporal do processo e seus efeitos diferenciados sobre a organização em que se processam e o comportamento dos atores no processo de

decisão e implementação. A terceira refere-se às condições que propiciam ou entram o processo de implementação (PEREZ, 1998).

#### **1.2.4. Abordagem Participativa**

A avaliação participativa aproxima-se da proposta conhecida como quarta geração de avaliação que é definida como um caminho metodológico direcionado a incluir grupos que detêm interesses no processo avaliativo (FURTADO, 2001).

Advinda da chamada pesquisa-ação, a avaliação participativa trouxe consigo propósitos, princípios e procedimentos muito próximos dos utilizados neste tipo de pesquisa. Seu foco central está no “envolvimento e participação dos formuladores, gestores, implementadores e beneficiários no próprio processo avaliativo de um dado programa ou instituição prestadora de serviços sociais” (CARVALHO, 2007, p. 90).

Segundo este mesmo autor, a avaliação participativa busca apreender o pluralismo social e perseguir com novas abordagens metodológicas dois objetivos centrais: o envolvimento dos agentes interessados nos resultados da avaliação e o processo pedagógico decorrente da aprendizagem social. Quando são incorporados os sujeitos implicados nas ações públicas (decisores, implementadores, beneficiários e outros agentes sociais envolvidos direta ou indiretamente nas decisões), o impacto destas ações tem sido significativo para apreender os múltiplos fatores, processos e resultados da ação pública (CARVALHO, 2007).

A avaliação participativa é “o ato de pôr em comum, no debate avaliativo, a diversidade de opiniões, valores, expectativas e representações que se têm da ação que torna esses sujeitos partícipes da avaliação” (CARVALHO, 2007, p. 91).

A avaliação com base nos participantes garante também o cumprimento de padrões exigidos na elaboração de uma avaliação. Dois padrões aplicam-se mais diretamente: utilidade e propriedade. A primeira garante que a avaliação seja útil e responda a questões diretamente relevantes para os usuários. A propriedade garante que a avaliação seja ética, conduzida respeitando os direitos e interesses dos envolvidos (BAKER et al., 2000).

Para BAKER et al. (2000), o engajamento dos interessados representa um processo por meio do qual muitas vozes são ouvidas. Da mesma forma que o processo de inclusão, o engajamento torna os benefícios da avaliação claros para todas as partes envolvidas. A conclusão do processo avaliativo garante que o foco da avaliação e seus resultados apóiem as necessidades das partes interessadas.

Este tipo de avaliação permite fazer aflorar as diversas verdades sobre os propósitos e resultados do programa ou ação institucional, alcançando a objetividade pretendida no ato avaliativo, resultante de olhares distintos dada pela posição diferenciada dos sujeitos (gestores, comunidade e especialistas) em relação ao programa avaliado.

A participação dos implicados retira o avaliador da posição solitária de único agente valorativo. O valor atribuído é a construção de um coletivo. A capacidade científica e técnica do avaliador não o convertem em juiz objetivo e imparcial, senão que exerce o papel de negociador, valorizando as necessidades de informação (SUBIRATS, 1993, p. 254).

Segundo CARVALHO (2007), a aprendizagem social, fruto do processo avaliativo, socializa e acrescenta novas informações e conhecimentos que em algumas vezes estão departamentalizados ou segmentados nas diversas equipes de trabalho. Juntas, essas informações permitem a apreensão do saber-fazer social, resultando na democratização do conhecimento e transparência da ação pública.

Para FURTADO (2001), avaliações que utilizam esse tipo de abordagem evitam ou minimizam eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de envolvidos, e contribuem com as potencialidades e a superação das limitações do programa/serviço a partir de diferentes pontos de vista. Além disso, essas avaliações apresentam como objetivo fundamental “evidenciar as diferentes percepções e questões dos grupos de implicados (suas construções), capacitação e desenvolvimento (*empowerment*) dos envolvidos, e criação de espaços de negociação fecunda para a construção comum das mudanças” (GUBA e LINCOLN, 1989, p. 173).

A avaliação participativa também é reconhecida como um momento de aprendizado em que serão desencadeados novos processos, visando à orientação da prática ou, se necessário, a sua reorientação. Assim, a avaliação além de ser um “instrumento de gestão” passa a ser também um instrumento de conhecimento e reconhecimento da prática profissional, necessária aos profissionais na condução dos seus processos de trabalho.



Para CORDIOLI (2001), uma avaliação que ocorre concomitantemente com a execução das ações constitui-se basicamente em instrução de gerência, a qual denomina de avaliação em processo. Este mesmo autor, aponta que

o desenvolvimento de um processo participativo permite uma interação interdisciplinar e multissetorial, facilitando o surgimento de soluções mais criativas e ajustadas a cada realidade (...) a participação não é somente um instrumento para a solução dos problemas, mas também uma necessidade do homem de auto-afirmar-se, de interagir em sociedade, criar, realizar, contribuir, sentir-se útil. É um instrumento muito eficaz para aumentar a motivação e o entusiasmo das pessoas, contribuindo para a expressão do pleno potencial de uma organização (CORDIOLI, 2001, p. 27).

Segundo WORTHEN et al. (2004), as abordagens participativas podem ser facilmente utilizadas, pois podem dar informações ricas e persuasivas que são verossímeis para os interessados que a vêem como reflexo de uma compreensão genuína do funcionamento do programa do qual fazem parte. Seu ponto mais forte é o potencial para ter novas idéias e chegar a novas teorias. As abordagens centradas nos participantes acentuam um elemento político à medida que alimentam e facilitam o envolvimento dos destinatários do programa.

Assim concebida, a avaliação participativa requer competências adicionais do avaliador, tais como a capacidade empática de envolver os implicados no programa. Aqueles que criticam esse tipo de abordagem apontam a subjetividade como uma limitação séria. Como esta depende basicamente da observação humana e da perspectiva individual, exige um trabalho intensivo, requerendo muitas vezes a presença do avaliador no campo em tempo integral durante longo período. O trabalho intensivo exigido limita o número de casos em que podem ser empregadas estas abordagens. Por isso, os autores consideram fundamental ter cautela nas interpretações, generalizações e conclusões. CARVALHO (2007) reforça que avaliações deste tipo nem sempre são adequadas e suficientes para avaliar programas e em alguns casos devem ser complementadas por outras abordagens avaliativas.

Foram utilizadas para elaboração participativa do instrumento de avaliação a técnica de grupo focal e a técnica de consenso.

### 1.2.4.1. A Técnica de Grupo Focal

CRUZ NETO et al. (2002) definem grupo focal como:

uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico (p. 5).

De acordo com estes autores, tal técnica se caracteriza por “trabalhar com a reflexão expressa por meio da “fala” dos participantes”, isso favorece que os envolvidos apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinados temas, assim, “as informações produzidas ou aprofundadas são essencialmente qualitativas” (CRUZ NETO et al., 2002, p.5).

A essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo moderador do grupo. O material é obtido a partir da discussão do grupo, focada em um tópico específico, visando gerar idéias e opiniões espontâneas (CARLINI-COTRIM, 1996).

Os grupos focais devem acontecer numa atmosfera agradável e informal, capaz de colocar os participantes à vontade para expor idéias, sentimentos, necessidades e opiniões. Seu planejamento implica o cumprimento de alguns passos: recrutamento de participantes, escolha de um moderador e seu assistente, recursos técnicos para gravação das sessões, local para realização dos trabalhos dos grupos e profissionais para transcrever e analisar os dados (CARLINI-COTRIM, 1996; CRUZ NETO et al., 2002).

A seleção dos participantes é feita pelo pesquisador e é intencional, admitindo-se variações devem ter traços comuns (WESTPHAL, BOGUS e FARIA, 1996).

Apesar de se convencionar que o número de participantes varia de quatro a dez pessoas, para GONDIM (2002), isto depende do nível de envolvimento como assunto de cada participante. Se o tema desperta o interesse do grupo, os participantes terão mais o que falar, neste caso, o tamanho não deve ser grande.

Também não existe um padrão para o número de sessões de grupo focal. Como se trata de uma técnica de coleta de dados qualitativos, o número de grupos focais deve ser pautado pelo esgotamento dos temas.

Segundo CRUZ NETO et al. (2002):

na pesquisa social os próprios pesquisadores devem realizar os grupos focais, uma vez que a proximidade, o estudo e o conhecimento do objeto de investigação são de fundamental importância para o bom desenvolvimento da técnica, da mesma maneira que a participação no processo de debate é vital para a interpretação das informações obtidas (p. 9)

Deve-se elaborar um roteiro de debate a partir dos objetivos da pesquisa e das questões-chaves que favoreçam o levantamento das informações para a elucidação dos objetivos propostos (CRUZ NETO et al., 2002). Os debates também devem ser registrados através de gravação e de anotação das falas, assim como algum registro da linguagem não verbal. A análise qualitativa dos dados deve considerar o contexto social, sem intervenção estatística. Entre os erros mais comuns, estão a quantificação dos grupos focais e a utilização literal dos comentários dos participantes (DEBUS, 1997).

#### 1.2.4.2. As Técnicas de Consenso

As técnicas de consenso são dinâmicas de grupo que, de forma sistemática, tentam harmonizar interesses conflitantes. São instrumentos muito úteis para avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Visam obter consensos sobre as melhores alternativas relacionadas com uma dada intervenção por meio da análise de *experts*. Essas técnicas se impõem, quando for necessário tomar decisões que não contam com unanimidade desse processo decisório (SOUZA et al, 2001).

SOUZA et al. (2001) reforçam que uma estratégia que busca consenso ao apropriar-se da produção científica, das opiniões dos especialistas e dos projetos presentes na cena política, permite considerar os aspectos técnicos da questão sob análise, sem negligenciar os elementos de ordem ética e política.

Entre técnicas de consenso destaca-se o comitê tradicional, a técnica delfos, o grupo nominal e o júri simulado (SOUZA et al., 2001).

Optou-se neste estudo pela utilização da **técnica delfos** que é um processo grupal que visa obter, comparar e direcionar julgamentos de especialistas para um consenso sobre um tópico particular (SCATENA, 1996).

Esta técnica objetiva construir o consenso por meio da utilização da comunicação por escrito, mediante o envio de questionários, o pesquisador busca conhecer a opinião de um grupo de pessoas que possuem informações sobre determinado problema. Na primeira fase,

o pesquisador envia o instrumento (matriz de análise) a um conjunto de especialistas. A partir de suas respostas, outra matriz é reelaborada levando em conta as contribuições dos especialistas e, outra vez, lhes é endereçado para que se pronunciem sobre seu grau de acordo com cada afirmação conseguida. E assim se procede sucessivamente, até o alcance do consenso. Para MINAYO (2005) essa é uma importante estratégia para avaliação de decisões sobre temas que exigem conhecimentos especializados. Esses consensos são utilizados para aumentar a validade e a aceitação social das proposições.

As vantagens na utilização desta técnica foram descritos por SCATENA (1996) como a capacidade de: reduzir as influências da interação direta dos especialistas; eliminar as pressões dos grupos de trabalho; favorecer a participação das pessoas mais inibidas e neutralizar aquelas mais dominantes. É uma técnica de baixo custo, dispensa extensa e complexa fonte de dados para a obtenção de informações aceitáveis e é de fácil manutenção do anonimato. Permite que os especialistas reflitam sobre as questões, apresentando baixo nível de recusa. As desvantagens referidas são: não permite a discussão aberta empobrecendo, eventualmente, o resultado final; baseia-se em opiniões e julgamentos de indivíduos; necessidade de estimular os informantes, para manter boa participação; possibilidade de interferência do grupo pesquisador; a percepção que o informante tem do grupo pesquisador pode interferir em sua resposta.

Para SCATENA (1996), para se ter um bom desenvolvimento e resultados satisfatórios com a utilização desta técnica são necessários: a) seleção dos informantes; b) bom gerenciamento da técnica; c) elaboração de questionários e; d) motivação dos participantes.

Quanto à seleção do informante, a sua “principal característica deve ser o grau de conhecimento sobre o assunto abordado, colocando-os na condição de peritos, independente da formação, posição ou poder” (SCATENA, 1996 p. 57).

### 1.3. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Pressupõe-se que:

- ✓ O diagnóstico situacional, realizado a partir da avaliação de implementação, possibilite conhecer a situação do SUS municipal e a identificação do grau de implementação das ações realizadas pelas equipes de saúde da família;
- ✓ O processo coletivo de construção do instrumento de avaliação aponte as diretrizes norteadoras da atuação das equipes de saúde da família e seus critérios avaliativos;
- ✓ Os agentes sociais envolvidos reconheçam nas diretrizes e critérios avaliativos sua autoria e as suas prioridades no fazer cotidiano;
- ✓ Que as diretrizes e critérios identificados possibilitem a construção de um instrumento de avaliação sensível às fragilidades apontadas pelo diagnóstico situacional.

Partindo desses pressupostos este estudo pretende responder à seguinte pergunta avaliativa: Quais diretrizes norteiam as práticas das equipes de saúde da família, identificadas pelos agentes envolvidos com a saúde da família em Alta Floresta e quais os critérios que as avaliam?

Para isso foram eleitos como objetivos:

### 1.4. OBJETIVOS

Construir um instrumento de avaliação de equipes de saúde da família em conjunto com os agentes sociais envolvidos.

Enquanto objetivos específicos pretendeu-se:

1. Caracterizar o SUS municipal e a saúde da família;
2. Avaliar o grau de implementação da saúde da família e a percepção dos vários envolvidos;
3. Identificar as diretrizes que orientam a atuação das equipes de saúde da família no município em estudo;
4. Definir critérios de avaliação para cada diretriz;
5. Construir um instrumento de avaliação das diretrizes norteadoras das equipes de saúde da família.

## **CAPÍTULO II**

### **O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO**

---

## 2.3. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo, “Construção de um instrumento de avaliação das diretrizes da saúde da família”, integra e é complementar a avaliação de implementação intitulada “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso”, que abrangeu os municípios de Alta Floresta, Sinop, Sorriso e Diamantino. A avaliação de implementação fez parte do método para construção do instrumento avaliativo, a partir do diagnóstico situacional realizado em profundidade fez-se o rastreio das diretrizes norteadoras da atuação das equipes de saúde da família.

O município de Alta Floresta localiza-se ao norte de Mato Grosso a 757 km da capital, possui uma população de 47.326 habitantes, sendo 80% urbana (IBGE, 2008).

A escolha do município deu-se pela afinidade com os profissionais e gestores e pelo interesse pessoal de apoiar o município e a regional de saúde, no processo de monitoramento e avaliação da saúde da família.

## 2.2. ETAPAS DO ESTUDO/PROCEDIMENTOS

### 2.2.1. A Avaliação de Implementação

O primeiro momento consistiu no reconhecimento do campo e apresentação dos estudos aos gestores e profissionais das equipes de saúde da família. O segundo momento correspondeu a coleta dos dados primários por meio das entrevistas com os agentes sociais envolvidos na implementação da saúde da família.

#### **Dados primários:**

- a) Foram definidos como agentes decisores responsáveis pela formulação e condução da política do SUS, o gestor (Anexo I), o coordenador e gerente da atenção básica (Anexo II) e técnicos do Escritório Regional de Saúde (Anexo IV). Estes foram entrevistados utilizando-se de questionário semi-estruturado, que abordava aspectos da relação política estabelecida no SUS (entre município, Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde); da organização da gestão, da autonomia, da estrutura

organizacional do SUS em Alta Floresta, da coordenação de saúde da família e sua relação com a rede de serviços de saúde.

- b) Como implementadores foram eleitos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família. Os profissionais responderam questionário auto-respondível (médicos, enfermeiros – Anexo III e odontólogos – Anexo IV). Estes instrumentos abordavam questões referentes ao perfil sócio-econômico, sobre as atividades desenvolvidas, organização da atenção e grau de implementação das ações. Os profissionais receberam os questionários dentro de um envelope, juntamente com o termo de consentimento e, os devolveram após quatro dias. Os dados coletados foram tabulados a partir do programa epi-info com dupla digitação. Na análise, o grau de implementação das ações realizadas foi reclassificado, utilizando-se a seguinte categorização:

- Grau de realização acima de 76% – “Satisfatório”;
- Grau de realização entre 51% e 75% – “Regular”;
- Grau de realização entre 26% e 50% – “Incipiente”;
- Grau de realização menor ou igual a 25% - “Insatisfatório”.

- c) Como informantes qualificados foram entrevistados os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde. Utilizou-se de questionário semi-estruturado (Anexo V), que abordava a importância da saúde da família em Alta Floresta, a percepção em relação às dificuldades e entraves na implementação e em relação às mudanças do modelo assistencial.

As entrevistas, com os gestores, conselheiros e técnicos do ERS, foram previamente agendadas, gravadas em fitas cassetes e posteriormente transcritas na íntegra.

- d) As unidades de saúde da família foram caracterizadas segundo roteiro de observação (Anexo VI) preenchido pelo próprio pesquisador no momento da entrevista, sem o uso de gravadores, durante visita *in loco*. Os profissionais utilizaram, quando necessário, relatórios técnicos para complementar as informações. As questões orientadoras referiam-se à estrutura, organização e funcionamento das unidades.

Todos os instrumentos de coleta de dados foram submetidos a pré-testes, com os devidos ajustes.



Enquanto **dados secundários**, a avaliação de implementação apoiou-se nos seguintes documentos: Lei Orgânica, Planos de trabalho anual e plurianual, Pactuações, Lei de criação do CMS, do Fundo Municipal, organograma da SMS, Relatórios de acompanhamento das equipes, Protocolos das equipes, entre outros.

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto a novembro de 2007.

O Quadro 1 apresenta os agentes previstos na avaliação de implementação da saúde da família e os que efetivamente participaram. Todos os decisores e informantes qualificados foram entrevistados. Dos implementadores (27 profissionais), dois estavam de licença médica e um de férias, na ocasião da pesquisa. Entre os participantes (21 profissionais) 87,5% responderam aos questionários (sete médicos, 11 enfermeiros e três odontólogos). Três médicos não responderam os questionários.

**Quadro 1 – Agentes sociais previstos e participantes da pesquisa de implementação de saúde da família. Alta Floresta, 2007.**

	<b>Agentes sociais</b>	<b>Nº Previsto</b>	<b>Nº Respondentes</b>	<b>%</b>
Decisores/ formuladores da Política	Gestores	01	01	100%
	Coordenadores	02	02	
	Técnicos do ERS	02	02	
<b>Implementadores da Política</b>	Médicos	11*	07	87,5%
	Enfermeiros	11	11	
	Odontólogos	05**	03	
<b>Informantes Qualificados</b>	Rep. dos usuários no CMS	06	06	100%
	Presidente do CMS	01	01	
	Ouvidora	01	01	
<b>Total:</b>		<b>40</b>	<b>31</b>	

\* Férias

\*\* Licença Maternidade

### 2.2.1.1. Dimensões de Análise

A análise dos dados da avaliação de implementação abordou as dimensões: político-institucional, gestão da saúde, práticas e processos de trabalho das equipes. As duas primeiras dimensões procuraram relacionar as categorias analíticas e empíricas das questões qualitativas à percepção dos entrevistados em relação à importância, facilidades e

dificuldades na implementação do SUS municipal e da saúde da família. Assim se caracterizam:

- **Político-Institucional** – estratégias e mecanismos que configuram a descentralização do SUS influenciando a implementação da saúde da família, valorizando as relações entre as esferas de governo, competências, ações complementares das instituições, na perspectiva da mudança do modelo de atenção;
- **Gestão da Saúde** – Caracterizou o Sistema Municipal de Saúde nas funções normativas, organizativas e gerenciais, enquanto competências para implementação da SF; o marco legal, formulação da política e planejamento, financiamento, gestão da força de trabalho, estrutura e organização dos serviços, gerenciamento, controle social, e a percepção dos gestores e representantes dos usuários no Conselho.
- **Práticas e Processos de Trabalho** – Caracterizou as práticas de promoção e atenção, a integralidade da atenção, o processo e as condições de trabalho das equipes (infraestrutura e apoio), práticas com a comunidade que estimulem a participação. Também analisou a percepção e o grau de adesão dos médicos, enfermeiros e dentistas à estratégia.

Após análise dos dados da avaliação de implementação deu-se início à etapa subsequente caracterizada por rastrear as diretrizes de saúde da família, que compreendeu a realização de dois grupos focais.

### **2.2.2. 2ª Etapa: Abordagem Participativa**

Objetivando identificar as diretrizes que norteiam a saúde da família, correspondendo a avaliação participativa, com realização dos grupos focais e técnica de delfos (consenso).

O Grupo Focal I foi constituído por gestores e representantes dos usuários no CMS. Os gestores (num total de sete) foram escolhidos a partir do cargo que desempenhavam. Em função de uma agenda de última hora, o secretario e a coordenadora justificaram a ausência. O representante do conselho não se manifestou. Participaram: o gerente da Atenção Básica, o presidente do Conselho Municipal e dois técnicos do Escritório Regional de Saúde

envolvidos com a supervisão das equipes. A falta de alguns gestores não prejudicou a aplicação da técnica nem seus resultados porém, metodologicamente, estes agentes sociais não se apropriaram do momento formativo oportunizado durante a realização do grupo focal.

Do Grupo Focal II realizado com os profissionais das equipes de saúde da família selecionados e um conselheiro (representante dos profissionais) totalizando 12 profissionais, praticamente um profissional de cada equipe. Participaram 100% dos profissionais convidados. Os participantes foram escolhidos segundo tempo de atuação, envolvimento e compromisso com o serviço/comunidade, disponibilidade e interesse em participar do estudo. Considerando que os grupos focais reuniram-se em horários de atendimento, atentou-se para não retirar o médico e o enfermeiro da mesma unidade.

O Quadro 2 compara os agentes convidados com aqueles que realmente participaram dos grupos focais.

**Quadro 2 - Agentes previstos e participantes dos grupos focais. Alta Floresta, 2007.**

	<b>Agentes sociais</b>	<b>Nº Previsto</b>	<b>Nº Participantes</b>
Grupo Focal I	Secretário de Saúde	01	-
	Coordenador da Atenção Básica	01	-
	Gerente da Atenção Básica/SF	01	01
	Técnicos do ERS	02	02
	Rep. dos usuários no CMS	01	-
	Presidente do CMS	01	01
<b>Total</b>		<b>07</b>	<b>04</b>
Grupo Focal II	Médicos	01	01
	Enfermeiros	07	07
	Odontólogos	04	04
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>12</b>

Os dois grupos focais realizados seguiram às orientações metodológicas apresentadas no referencial teórico. As seções foram desenvolvidas em local adequado, respeitando-se o intervalo de um dia e meio entre elas. Realizou-se uma sessão com cada grupo, com duração média de duas horas e meia. As sessões foram conduzidas pelo pesquisador com auxílio de um assistente e de um Roteiro de Debate (Anexo VII).

Os participantes abordaram as diretrizes que direcionam a prática de saúde da família, fundamentando seus argumentos a partir de exemplos vividos no dia-a-dia. Houve envolvimento e liberdade de expressão entre os participantes, o que favoreceu o debate.

As discussões foram gravadas em fitas cassetes e em meio digital e transcritas na íntegra. A análise destas transcrições, a partir das questões norteadoras e sob a luz da análise dos dados da avaliação de implementação, possibilitaram que as discussões fossem agregadas em núcleos de idéias-chave, que resultaram na identificação de sete diretrizes operativas de saúde da família.

Após a identificação das diretrizes norteadoras da saúde da família foi elaborada pelo pesquisador, com base na sua experiência profissional e na literatura, critérios capazes de avaliar cada diretriz, resultando em uma primeira matriz de análise.

A submissão desta matriz a um consenso entre especialistas da área, caracterizou a 3ª etapa deste estudo. Esta etapa envolveu a aplicação da técnica Delfos entre profissionais do serviço (que haviam participado do grupo focal) e especialistas em saúde da família, visando obter consenso na definição dos critérios avaliativos de cada diretriz.

O estabelecimento de critérios a partir da compreensão dos agentes sociais é a principal tarefa dos estudos de avaliação desta natureza. Esses critérios devem ser adequados à realidade local, devem nortear a busca por padrões mais adequados de assistência e podem ser obtidos mediante pesquisas ou por meio de consensos entre expertises da área (CAMPOS, 2005).

### **2.2.3. 3ª Etapa: A Realização do Consenso**

Utilizou-se a técnica delfos que permite construir consenso por meio da comunicação por escrito, mediante o envio de questionários.

A seleção dos especialistas, "*experts*", observou os seguintes critérios: experiência profissional ou acadêmica em saúde da família, com residência e/ou especialização em saúde da família ou saúde pública. Participaram do consenso 17 especialistas do Estado de Mato Grosso (Quadro 3), sete destes profissionais participaram do grupo focal II.

A identificação das diretrizes de saúde da família e dos respectivos critérios avaliativos, quando integradas, resultaram em uma primeira matriz de análise que foi submetida ao consenso de especialistas.

Os especialistas receberam a matriz por meio eletrônico (email), classificaram por grau de importância (0 a 10) cada critério. Tiveram autonomia para sugerir novos critérios e diretrizes ou alterar os existentes. As respostas da primeira análise chegaram entre três e vinte dias e todos os (17) especialistas opinaram. Durante a análise, as respostas foram categorizadas de acordo com os seguintes critérios:

- Grau 1- excluir o critério;
- Graus de 2 a 4 - critério pouco importante;
- Graus 5 a 7 - critério de média importância;
- Graus 8 a 10 - critério muito relevante.

Este documento foi reelaborado, algumas diretrizes foram subdivididas, novos critérios foram integrados e outros tiveram sua redação enriquecida, sendo reordenados a partir da análise das respostas obtidas. Uma segunda matriz, produto das contribuições da primeira rodada, foi submetida a uma nova apreciação dos especialistas. Dez profissionais se manifestaram nesta rodada. Os especialistas aprovaram a matriz na íntegra atribuindo grau de importância 10 a quase todos os critérios. Apenas um especialista manifestou necessidade de mudar a ordem de apresentação de um dos critérios.

Alcançado o consenso dos especialistas, acerca das diretrizes e critérios avaliativos, elaborou-se o instrumento de avaliação das equipes de saúde da família.

O número de especialistas convidados e participantes da técnica de consenso foi demonstrado no Quadro 3. Foram convidados todos os profissionais das equipes de saúde da família que haviam participado do grupo focal II, porém por dificuldades no acesso a internet, apenas 07 participaram. Esta situação, (58,3%) de participação dos profissionais, alerta para dificuldades de conectividade no município, o que poderá dificultar a utilização de novas tecnologias de qualificação das equipes de saúde da família, por exemplo a telessaúde. Destaca-se a participação das docentes da Universidade Federal de Mato Grosso (02), da Escola de Saúde Pública do Estado de MT (02), dos gestores municipais (04) e dos técnicos do Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta (02).

**Quadro 3 – Agentes previstos e participantes do consenso. Alta Floresta, 2007.**

<b>Agentes Sociais</b>	<b>Nº Previsto</b>	<b>Nº Participantes</b>
<b>Profissionais das equipes de SF</b>	12	07
<b>Outros Especialistas (docentes, gestores e técnicos de ERS).</b>	10	10
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>17</b>

### **2.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria de Estado de Saúde em 26 de julho de 2007, protocolo nº 329/07, em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/06. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VIII).

Essa pesquisa recebeu financiamento específico da Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT), edital Projetos Prioritários para o SUS (PPSUS 010) processo nº 075-10037676/06 e recursos complementares da pesquisa maior, Edital 34/2005-Br 163 MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Processo nº 4028866/05.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO – PARTE I**

---

### 3.1. O SUS EM ALTA FLORESTA E A GESTÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### 3.1.1. Caracterização do Município

Alta Floresta insere-se historicamente nos planos de desenvolvimento do governo federal para a Amazônia e Centro Oeste, durante a década de 1970. Planos que objetivavam “viabilizar a ocupação produtiva e a integração (das regiões) ao restante do país” (BARROSO, 2008, p. 19).

Mato Grosso, na época, dava continuidade ao processo de colonização das terras devolutas, privilegiando as empresas de colonização privada, entre as quais destacam-se os projetos de Canarana, Sinop e Alta Floresta. Privilegiavam empresários do sul do país, por meio do “mito do colono ideal” (gaúchos, catarinenses e paranaenses) e pelo estabelecimento de critérios seletivos, definindo quem poderia adquirir um lote.

A INDECO – Integração, Desenvolvimento e Colonização S/A, fundada por Ariosto da Riva, foi a empresa responsável pela colonização em Alta Floresta, no Vale do Teles Pires. A ocupação foi marcada por desafios e tensões, tendo como ápice a descoberta de ouro no final da década de 70, desencadeando violento conflito entre colonizadora/colonos e garimpeiros (RIBEIRO, 2008). Alta Floresta tornou-se município em 1979 (Lei Estadual nº 4.157, de 18 de dezembro de 1979).

#### 3.1.2. Condição Demográfica, Econômica e Social

Alta Floresta localiza-se na região norte de Mato Grosso, faz limites com os municípios de Guarantã do Norte, Nova Canaã do Norte, Tabaporã, Juara, Nova Monte Verde e Paranaíta. Sua principal via de acesso terrestre é a BR 163 (FERREIRA, 2001).

Em 2007 possuía uma população de 47.326 habitantes (IBGE, 2007), com uma área territorial de 9.310,27 km<sup>2</sup> (FERREIRA, 2001) e densidade demográfica de 5,08 hab/km<sup>2</sup>.

Entre 2000 e 2007 a taxa de crescimento anual estimada de Alta Floresta foi de 0,1% (IBGE, 2007) caracterizando-o como de baixo dinamismo (VIANA et al., 2007).

Das atividades econômicas desenvolvidas em Alta Floresta destacam-se a pecuária de corte; o extrativismo mineral e vegetal; a agricultura e o comércio. Em declínio estão as extrações de madeira, em virtude do monitoramento do desmatamento e as de minério.



O município é classificado como médio desenvolvimento humano, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,779, em 2000. No período de 1991 a 2000, esse índice cresceu 20,03%, caracterizado por um crescimento de 73,13% da renda *per capita* do município (passou de R\$ 152,87 em 1991 para R\$ 264,66 em 2000), e pela diminuição da pobreza (43,50%), saindo de 44,2% em 1991 para 24,9% em 2000 (PNUD, 2000). As dimensões que contribuíram para crescimento foram a educação (44,4%), seguida pela longevidade (32,1%) e pela renda (23,6%) (PNUD, 2000).

Comparando o IDH aos outros municípios do Estado de MT, Alta Floresta ocupava a 24ª posição em 2000 (PNUD, 2000).

### 3.2. A MICRORREGIÃO DE SAÚDE

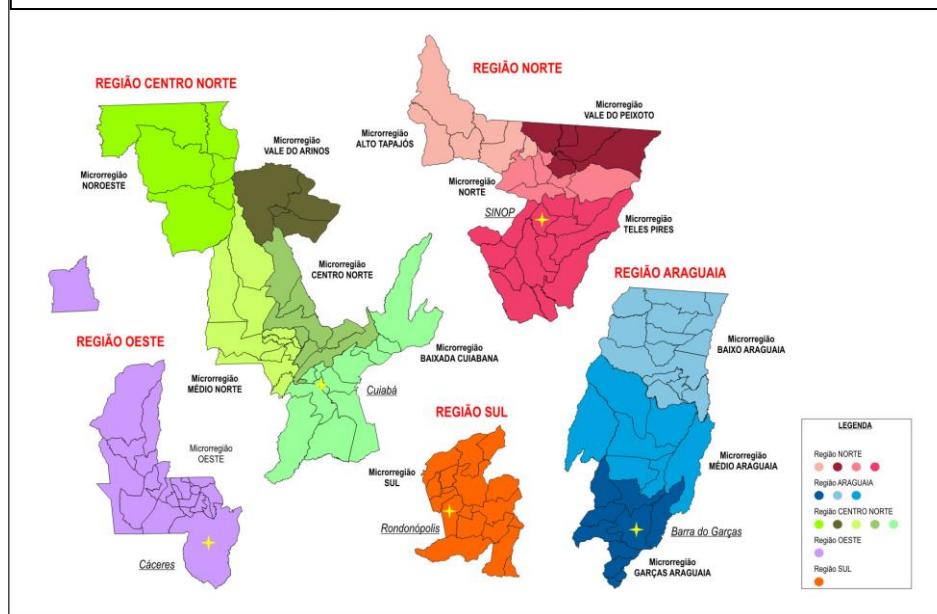
O Estado de Mato Grosso é pioneiro no processo de descentralização e regionalização dos serviços de saúde. A implantação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, datam de 1995 e a constituição das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs), em regiões estratégicas de saúde, antecedem a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS).

O Plano Diretor Estadual de Regionalização da Assistência (PDR) aprovado pela CIB 012/2001 definia a configuração do Estado em regiões, microrregiões e módulos assistenciais de saúde (SES - MT, 2002). A política de descentralização dividiu o Estado de Mato Grosso em cinco regiões de saúde, conforme mostra a Figura 3. Atualmente existem 16 microrregiões de saúde que coincidem com os municípios sedes de Escritórios Regionais de Saúde (ERS).

Alta Floresta pertence à Região Norte, que é formada pelas microrregiões Alto Tapajós, Teles Pires, Norte e Vale do Peixoto, que representam 18% da população do Estado.

O município de Alta Floresta integra a microrregião Alto Tapajós, juntamente com os municípios de Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaíta que corresponde a 3 % da população mato-grossense (SES - MT, 2005b).

A Figura 3 mostra as regiões, microrregiões e sedes das regiões de saúde. Mato Grosso, 2005.



Fonte: SES – MT, 2005b.

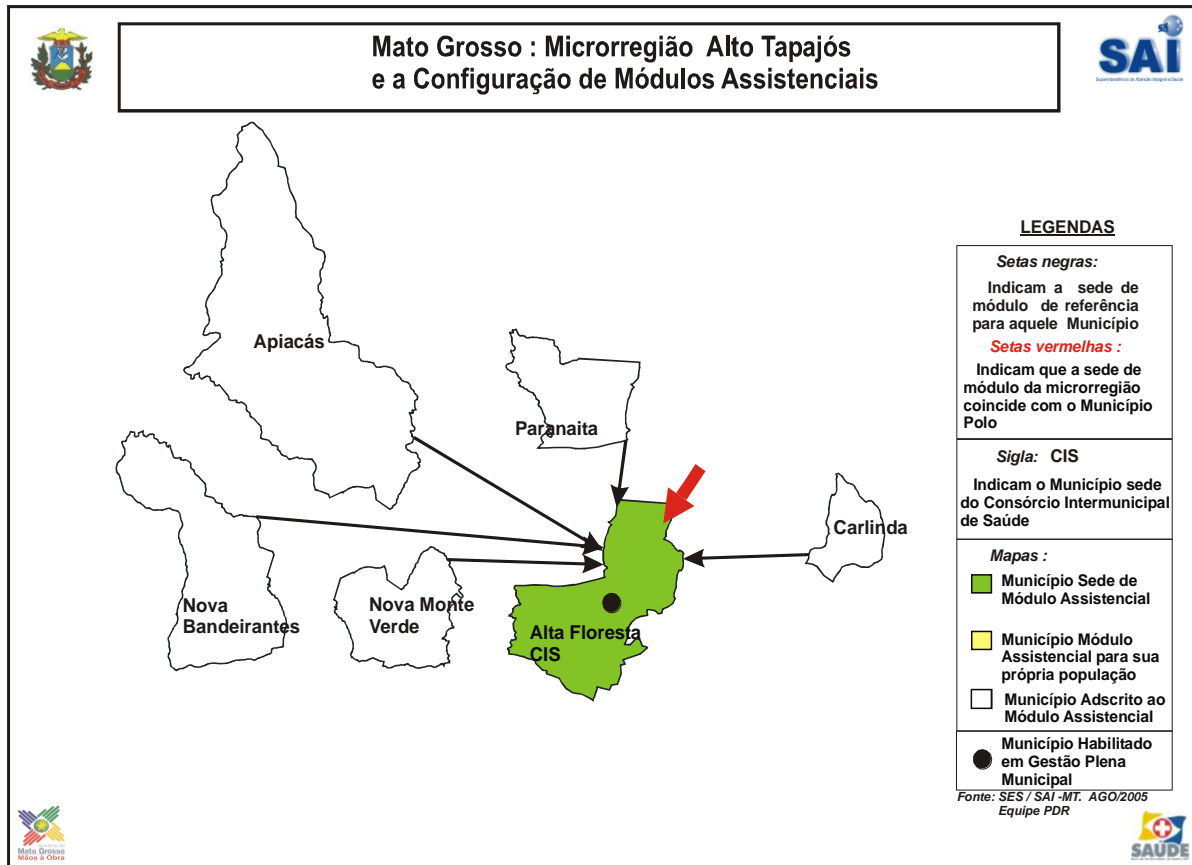
A Figura 4 caracteriza a Microrregião Alto Tapajós e a configuração dos Módulos Assistenciais. Alta Floresta é município pólo, habilitado em gestão plena do sistema, sede do Módulo Assistencial da microrregião e do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS).

No processo de descentralização e regionalização da saúde, no período de 1995 a 1998, a SES/MT estabeleceu como estratégias apoiar tecnicamente a organização das ações dos serviços, a gestão dos sistemas municipais de saúde, o acesso aos serviços de maior complexidade na região e a otimização desses serviços regionalmente. Para isso fortaleceu o papel dos gestores municipais, consolidou a habilitação em uma das modalidades de gestão da NOB/96 dos 126 municípios, junto às Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Investiu na capacitação dos gestores, garantiu apoio técnico à reformulação e implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, dos Fundos Municipais e a elaboração dos Planos de Saúde. Foram definidos critérios para garantir o repasse de recursos financeiros aos municípios, de forma transparentes e pactuada nas instâncias de gestão colegiadas, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs regionais e estadual), tendo como principal mecanismo de pactuação a implementação das câmaras de compensação de AIH.

A SES/MT buscou recuperar a capacidade de intervenção do Governo Estadual no

processo de descentralização/regionalização da saúde mediante cooperação técnica, planejamento e gestão regionalizada, por meio de instâncias colegiadas como as CIBs regionais, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), os pólos regionais e as microrregiões de saúde (SES-MT, 2000).

**Figura 4 – Microrregião Alto Tapajós e a configuração dos Módulos Assistenciais. Mato Grosso, 2005.**



Fonte: SES –MT, 2005b.

O “consórcio apresentou-se como a principal ferramenta para enfrentar problemas comuns, na expansão da integralidade da atenção e da equidade no interior do estado” (SES-MT, 2002, p. 47). O hospital municipal de Alta Floresta integra o CIS do Alto Tapajós desde 1997, quando passou a ser referência para a saúde desta microrregião para as especialidades: anesthesiologia, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, ginecologia obstetrícia, pediatria e clínica médica. Os casos de maior complexidade são referenciados aos Hospitais Regionais de Colíder e Sorriso e, alguns usuários são referenciados para Cuiabá.

Os Hospitais Regionais também são parte da estratégia de regionalização da saúde,

compondo uma rede de quatro hospitais estaduais, em diferentes regiões, amenizando as distâncias e ampliando o acesso aos serviços de alta complexidade.

Na busca pela mudança do modelo assistencial, os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) tiveram papel relevante no apoio à implantação de saúde da família, na elaboração de projetos, na seleção de Agentes Comunitários, no processo de capacitação, monitoramento e avaliação das equipes. O Escritório Regional de Saúde desta microrregião tem sede em Alta Floresta e é considerado pelo gestor

um parceiro forte da gestão municipal, que oferece apoio técnico, auxilia na identificação do local de implantação das unidades de saúde da família, na aprovação de projetos, da estrutura física, oferece orientações da parte legal, realiza visitas técnicas, auxilia na identificação do profissional, oferece apoio gerencial e faz supervisões (G1).

Em virtude de situações como a falta de materiais e equipamentos mínimos nas unidades de saúde da família, o atraso no repasse de recursos de média complexidade pelo Governo Estadual (SES-MT, 2007), a Promotoria Pública firmou um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, no intuito de sanar essas deficiências, em 2007.

A Escola de Saúde Pública (ESP/MT), criada em 2000, foi outra importante estratégia de regionalização e descentralização da saúde. Esta unidade da SES/MT tem como objetivo formular a política de formação e qualificação profissional para o SUS/MT, bem como garantir a realização destes cursos de forma regionalizada a partir do levantamento de necessidades locais, tendo como prioridade a qualificação das equipes de saúde da família.

A Escola, em parceria com os ERS, ministrou em 2001 uma série de cursos na Região de Alta Floresta visando capacitar os profissionais das equipes de saúde da família. Foram estes: Curso Introdutório em saúde da família (140 profissionais), curso básico em SF (30 médicos e enfermeiros), Curso de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI (24 profissionais), Curso de atualização em diabetes e hipertensão arterial (12 profissionais) e outros na área de vigilância e controle de endemias. Em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) iniciou a formação de especialistas em saúde da família, prevendo formar especialistas em larga escala, de forma regionalizada e integrada com as capacitações já oferecidas pela ESP/MT. Este Curso de Especialização Modular Integrado em Saúde da Família (CEMISF) formou 120 profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) das diversas regiões do Estado. Com as mudanças políticas ocorridas, a Escola

mudou a lógica de formação de especialistas, concentrando-se em quatro regiões com turmas de 40 alunos. Aos poucos, as capacitações em saúde da família foram ficando cada vez mais escassas e deixaram de ser priorizadas, cedendo lugar aos cursos de pós-graduação em outras áreas.

Esta regional de saúde destaca-se das demais na quantidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados e no número de municípios cadastrados na Avaliação de Melhoria da Qualidade da Saúde da Família (AMQ). O município de Alta Floresta está cadastrado na AMQ e em fase de implantação do NASF - I.

Atualmente, a Secretaria Estadual tem apoiado financeiramente a reforma e ampliação do Hospital Municipal de Alta Floresta, visando a aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde naquela região.

### **3.3. CONSTITUIÇÃO LEGAL DO SUS MUNICIPAL**

A Lei Orgânica do município instituiu o SUS em consonância com a Constituição Federal de 1988, no entanto, várias emendas foram aprovadas ao longo dos anos (1998 – 2007), visando adequar o SUS às exigências federais e às políticas locais. O controle social é assegurado por meio do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências Municipais e da Ouvidoria. A Auditoria consta no Organograma da Secretaria de Saúde, porém ainda está em fase de implantação. Outras Leis complementares definem atribuições e competências específicas.

#### **3.3.1. A Lei Orgânica do Município**

A Lei Orgânica de Alta Floresta, de cinco de abril de 1990, sofreu alterações editadas pelas Emendas nº 1 e 2 de 1991, nº 3 de 1992, nº 4 e 5 de 1993, nº 6 e 7 de 1996, nº 8 a 21 de 2002 e nº 22 de 2004. A Lei Orgânica, no Título IV (da ordem econômica e social), Capítulo I, Seção XIII (Da Saúde), constituiu e regulamentou o SUS municipal, definiu o CMS como instância deliberativa, consultiva e recursal do sistema, e atribuiu à Conferência Municipal a competência de avaliar as condições sociais de saúde e propor as diretrizes para a

formulação da política municipal, no início e meio de cada legislatura municipal (ALTA FLORESTA, 2004).

Esta Lei Orgânica Municipal definiu princípios fundamentais pelos quais o SUS municipal é regido: a) comando único normativo gerencial e administrativo exercido pela secretaria de saúde em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde (SES); b) integralidade na prestação das ações de saúde; c) gratuidade dos serviços prestados, sendo vedada a cobrança a qualquer usuário; d) controle social por meio da participação e fiscalização da comunidade; e) articulação com departamentos técnicos e de apoio em infraestrutura, e d) garantia de investimento do SUS em técnicas alternativas e tecnológicas apropriadas que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, tais como fisioterapia, medicina alternativa, entre outras.

O Art. 139, desta Lei, define que as ações de saúde, no âmbito municipal são regidas por um modelo assistencial que contemple ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrado por meio de uma rede assistencial aos níveis básicos, especializados e de internação, conforme complexidade do quadro epidemiológico local.

### **3.3.2. Instâncias de Controle Social do SUS Municipal**

A instância de controle social está assegurada por meio do Conselho Municipal de Saúde e pela Ouvidoria. O Conselho Municipal foi criado pela Lei nº 865 publicada em 26 de maio de 1999 (ALTA FLORESTA, 1999) que foi alterada pela Lei complementar nº. 1458 (ALTA FLORESTA, 2006a).

A Lei 1458/06 regulamentou a atuação do Conselho Municipal de Saúde e reafirmou a realização da Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos. Redefiniu competência, composição, estrutura e funcionamento do CMS; reafirmou as diretrizes da Lei Orgânica, o caráter deliberativo do Conselho e a responsabilidade de formular e acompanhar a execução da política de saúde do município.

Além das competências definidas nesta LOS, compete ainda ao Conselho: definir prioridades de saúde do Município e deliberar sobre a política de saúde, estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, atuar na

formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, propor critérios para a programação, execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos; acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população, entre outros (ALTA FLORESTA, 2006a).

O CMS de Alta Floresta possui a seguinte estrutura organizacional: Conselho Pleno, Secretaria Geral, Ouvidoria Geral e Comissões Especiais. Sua composição é paritária, 16 membros titulares e 16 suplentes. O presidente e o vice são eleitos entre seus membros. Os atuais membros foram indicados pelas suas associações e nomeados pelo Decreto Nº 2472 de 24 de abril de 2007 para o período de um (1) ano, contrariando a Lei 1458/06 que determina mandato de dois anos, sendo permitida a recondução (ALTA FLORESTA, 2006a).

O presidente, na época da pesquisa, foi reeleito por seus pares, representa o segmento dos usuários (pastoral da criança) e atua há mais de seis anos no Conselho.

O CMS instituiu sete (7) comissões especiais para acompanhamento das suas atribuições. São elas: comissão especial da LDO, do orçamento e recursos financeiros, dos recursos humanos, de acompanhamento do hospital municipal, de acompanhamento da atenção básica, de acompanhamento do atendimento na sala de parto – obstetrícia e pediatria e uma comissão intersetorial de saúde do trabalhador.

A Ouvidoria Municipal de Saúde, também criada pela Lei 1458/06, tem como incumbência ouvir sugestões, reclamações, denúncias do SUS e investigar a sua pertinência. A ouvidoria e o Conselho de Saúde possuem sede própria (maio/2007) com telefone 0800 para ouvir a população (ALTA FLORESTA, 2006a).

A eleição de um representante dos usuários como presidente do Conselho e a criação da Ouvidoria foram consideradas pelo gestor municipal importantes estratégias de fortalecimento do controle social.

Outra instância de controle social que merece destaque é a existência da Comissão de Saúde na Câmara Municipal e o envolvimento da Promotoria local no apoio e acompanhamento das questões de saúde, principalmente no monitoramento do TAC da atenção básica.

### 3.3.3. Fundo Municipal de Saúde (FMS) e Financiamento

O FMS é um instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, destinado a gerir centralizadamente pela SMS, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. O Fundo Municipal de Saúde de Alta Floresta foi criado pela Lei nº 381/91 em 11 de novembro de 1991 (ALTA FLORESTA, 1991).

O gestor da saúde programa, ordena e executa as despesas do Fundo. O município tem cumprido a Emenda Constitucional nº 29, com aplicação de 15,8% dos recursos próprios e o repasse dos incentivos financeiros à atenção primária diretamente ao fundo municipal têm favorecido o controle social. A partir de julho de 2008, a Secretaria de Estado de Saúde passou a disponibilizar as planilhas dos valores repassados aos municípios, via web, possibilitando o acompanhamento dos repasses aos vários programas, pelo gestor municipal.

Para o gestor municipal de saúde, os recursos das esferas estadual e federal, além de insuficientes, são repassados com atraso, necessitando ser complementados pelo município.

Os recursos federais são insuficientes, o incentivo estadual à atenção básica/saúde da família é suficiente, mas tem sido repassado com atraso. Os recursos repassados à atenção secundária são irrisórios para a região de saúde (G1).

### 3.4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SUS MUNICIPAL

A Secretaria Municipal de Saúde de Alta Floresta está habilitada na gestão plena do sistema (NOAS/SUS/03) (ALTA FLORESTA, 2006b). Essa modalidade de gestão propicia aos municípios receberem recursos financeiros *per capita*, de forma regular e automática, para o atendimento básico em saúde, na forma do Piso de Atenção Básica (PAB). Inclui recursos, na forma de incentivos para: a assistência farmacêutica básica, a estratégia saúde da família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a carência nutricional e a vigilância sanitária e epidemiológica (MS, 2005c p. 113).

A estrutura organizacional da SMS está regulamentada pela Lei 1106/2001 (ALTA FLORESTA, 2002).

O atual gestor, oriundo do setor privado, ocupa a pasta da saúde pela primeira vez. É graduado em farmácia bioquímica (1974) e especialista em gestão de sistemas e serviços de



saúde (2006), em instituições públicas. Fundou o Conselho Municipal de Saúde (1999) e, ao assumir a SMS, passou a fazer eleição para conselheiros. Como secretário de saúde é vice-presidente do Conselho Municipal e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) estadual, suplente na CIB regional e atualmente é presidente do Conselho Gestor do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) Alto Tapajós.

A Figura 5 apresenta o organograma administrativo da secretaria de saúde do ano de 2008. O cargo de secretário está diretamente ligado ao Conselho Municipal de Saúde. Em segundo plano, também ligados ao secretário, estão as instâncias de controle social (Auditoria e Ouvidoria). Vinculados à secretária adjunta de saúde, estão o Fundo Municipal de Saúde, Administração de Pessoal, Setor de Compras, Centro de Processamento de Dados, Núcleo de Documentação e Histórico da Saúde, Promoção de Educação em Saúde e Departamento de Projetos em Saúde.

Em um terceiro nível de mando, estão as coordenações da Atenção Básica, Secundária, Vigilância à Saúde e Atenção Farmacêutica, das quais derivam 14 gerências. (ALTA FLORESTA, 2008).

A Coordenação da Atenção Básica possui quatro gerências: Gerência de Unidades Básicas de Saúde (PSF e Postos de Saúde), Gerência de saúde bucal, Gerência do Programa de DST-HIV/AIDS; e, Gerência dos Programas de hanseníase e tuberculose.

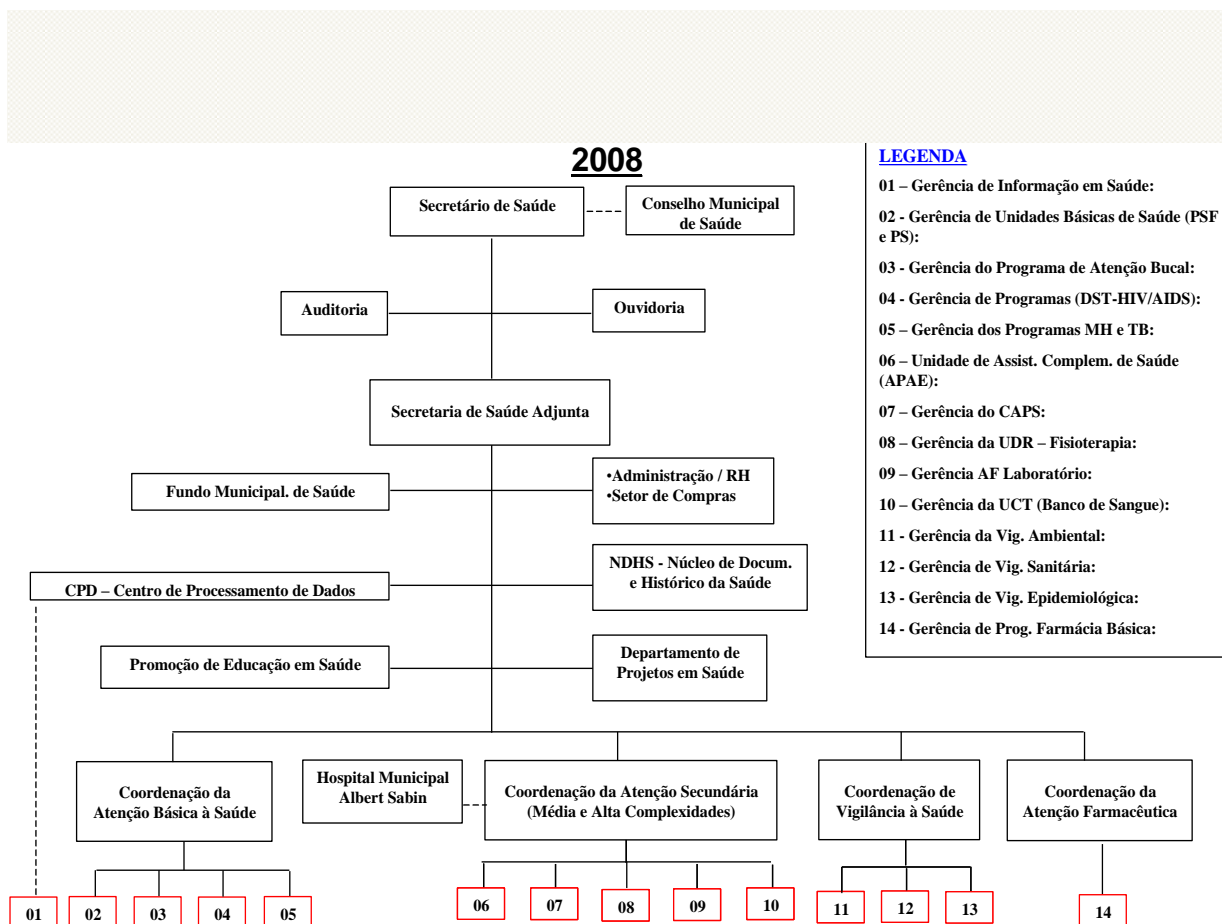
A atual coordenadora é enfermeira, formada pela Universidade Estadual de Londrina (1977), especialista em formação pedagógica pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE) UFMT/2004), exerce a função há dois anos e acumula a Gerência do Programa DST - HIV/AIDS.

A Gerência de Unidades Básicas de Saúde (PSF e PS), na época da pesquisa, era ocupada por um enfermeiro formado na PUC-PR, (1997) também especialista em formação pedagógica pelo PROFAE/UFMT/2004.

A Coordenação de Atenção Secundária agrega a direção do Hospital Municipal e cinco gerências de média e alta complexidade: Assistência Complementar (Associação Pais e Amigos dos Excepcionais), Centro Psico-social (CAPS), reabilitação (Unidades Descentralizadas de Reabilitação), Laboratório (Alta Floresta) e Banco de Sangue (Unidade de Coleta e Transfusão). Destaca-se neste organograma a presença do hospital municipal, que não existia na estrutura organizacional de 2005.

A Coordenação de Vigilância em Saúde agrega as gerências de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica. A Coordenação de Atenção Farmacêutica é formada pela gerência do Programa de Farmácia Básica.

**Figura 5 – Organograma administrativo da Secretaria de Saúde. Alta Floresta, 2008.**



Fonte: ALTA FLORESTA, 2008.

Diante do exposto, o SUS municipal, enquanto constituição legal, encontra-se em fase de consolidação, com destaque para: a) a implantação da Auditoria e da Ouvidoria; b) a forma como o Conselho de Saúde está instituído, como organiza seu trabalho a partir das comissões e como é presidido; c) o envolvimento da promotoria e da câmara frente às ações de saúde; d) a autonomia do gestor municipal, como ordenador de despesas, com cumprimento do repasse dos recursos próprios, de acordo com a EC 29, e e) pela forma de recebimento dos recursos, fundo a fundo. Essas ações demonstram que o controle social é uma instância valorizada na gestão municipal.

### 3.4.1. Rede de Serviços de Saúde

Em 2007, a rede de serviços de saúde de Alta Floresta apresentava a seguinte configuração:

**a) Atenção Primária:** 11 postos de Saúde (nove rurais e dois urbanos), um centro de saúde com consultório odontológico, 11 unidades de saúde da família (10 urbanas e uma rural), sete delas com consultórios odontológicos. A equipe volante (rural) utiliza a unidade móvel odontológica (odontomóvel) para seu deslocamento.

**b) Serviços de Apoio-diagnóstico:**

- **Público:** um serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) de baixa e média complexidade, uma unidade de coleta e transfusão e um banco de sangue.
- **Privado:** quatro laboratórios de análises clínicas, três serviços de radiodiagnóstico médico e um serviço de radiodiagnóstico odontológico.

**c) Atenção Especializada:**

- **Público:** Constituída por um centro de reabilitação, um centro de atenção psicossocial (CAPS), um Hospital e Pronto-Socorro Municipal com 72 leitos públicos de internação distribuídos nas clínicas pediátrica (21), obstétrica (7) cirúrgica (16) e clínica (22) e complementares (6), que integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) da região Alto Tapajós, desde 1997. Este Hospital é referência na microrregião de saúde para as especialidades de anesthesiologia, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, ginecologia obstetrícia, pediatria e clínica médica. Os demais usuários são regulados para os Hospitais Regionais de Colíder e Sorriso. A alta complexidade é regulada para Cuiabá.
- **Privado:** Existem, quatro hospitais privados, com 97 leitos nas clínicas: pediátrica (26), médica (35), cirúrgica (36).

**d) Outras unidades/serviços públicos:** O município dispõe de outros serviços como: Tratamento Fora de Domicílio (TFD), Serviço de Vigilância Sanitária, uma Central de Regulação, uma Farmácia Básica e Setor de Cadastro no Cartão Nacional de Saúde.

A rede de serviços de referência para DST/HIV e AIDS é composta por um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), uma Maternidade de Referência (MR) e um Hospital Leito/AIDS (HLA) (ALTA FLORESTA, 2006b).

Destaca-se que não existem leitos de UTI no município, apenas 03 leitos de estabilização adulto e 03 leitos de estabilização neonatal. Não há Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mas o município participa do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma (SIAT) Corpo de Bombeiros.

A saúde da família é o modelo de atenção predominante, com 78% de cobertura populacional, complementado com postos de saúde, que segundo os gestores, em breve serão transformados em unidades de saúde da família. Os serviços de apoio diagnóstico às equipes de saúde da família são suficientes, mas há dificuldade no acesso aos serviços diagnósticos de maior complexidade, como tomografias.

As maiores fragilidades dizem respeito à falta de leitos de UTI, ausência de transporte sanitário adequado e às necessidades e demandas relevantes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS).

Do ponto de vista da regionalização, o município possui capacidade técnica e gerencial para suprir as necessidades de saúde da região, tendo o Consórcio como instrumento de gestão privilegiado, que possibilita equacionar os agravos de saúde regionais. Porém, enquanto estrutura física hospitalar, os gestores reconhecem a necessidade de instalação de leitos de UTI Neonatal e melhoria do acolhimento e humanização. As reformas na estrutura física já foram contempladas e encontram-se em fase de conclusão, garantidas com recursos estaduais.

### **3.4.2. Quadro de pessoal da SMS**

De acordo como o gestor municipal, não há uma política de recursos humanos na SMS, embora exista uma gerência de recursos humanos.

A gerência de RH não tem autonomia, é dependente da prefeitura, e não dispõe de informação atualizada sobre postos de trabalho e ocupação dos profissionais da saúde (G1).

No lotacionograma da SMS, constam 97 profissionais de nível superior, dos quais 83,5% são contratados. Os servidores de nível superior cumprem carga horária semanal de 30 e 40 horas.

A fixação de profissionais de nível superior no município, principalmente médicos, é uma das dificuldades, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal determina que nenhum salário pode ser maior que o do prefeito,

se coloca quatro mil reais, não há candidatos, quando há algum, não fica mais que três meses (G1).

Com nível técnico, existem 269 servidores, 50,2% são efetivos. O concurso público realizado para técnico de enfermagem não preencheu 25% das vagas, por falta de mão de obra qualificada. No intuito de suprir essa necessidade, a Secretaria de Estado de Saúde por meio da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso –ESPMT, iniciou duas turmas de complementação de auxiliar para técnico em enfermagem no município, no ano de 2008.

Dos 155 trabalhadores com nível elementar, 67,7% são contratados. Do total de trabalhadores da SMS de Alta Floresta, 61,5% vinculam-se ao município por meio de contratos de prestação de serviços, apenas 38,5% são efetivos. A secretaria não dispõe de servidores federais (ALTA FLORESTA, 2006b). Existem dificuldades na efetivação dos ACS por meio de concurso público em virtude de questões administrativas e jurídicas locais, que impedem a realização de novo concurso em cumprimento à Lei de Responsabilidade Fiscal.

O Quadro 4 apresenta os trabalhadores da saúde por nível e vínculo empregatício no ano de 2006, em Alta Floresta. Observa-se que há um número expressivo de profissionais na SMS. As dificuldades concentram-se na regularização do vínculo dos ACS (dificuldades de contratação), na fixação de profissionais e na falta de profissionais qualificados. Os profissionais de nível superior das ESF têm contrato de trabalho precário com a SMS, comprovando a necessidade de fixação e qualificação. Outro fator conflitante é a disparidade salarial entre os profissionais das equipes de saúde da família.

**Quadro 4 - Demonstrativo do quadro de pessoal da SMS. Alta Floresta, 2006.**

CATEGORIA PROFISSIONAL	VÍNCULO EMPREGATÍCIO E QUANTIDADE				TOTAL
	VÍNCULO ESTADUAL		VÍNCULO MUNICIPAL		
	Efetivo	Contratado	Efetivo	Contratado	
<b>NÍVEL SUPERIOR</b>					
Administrador	-	-	-	1	1
Assistente Social	-	-	-	3	3
Bioquímico	-	-	3	4	7
Enfermeiro	-	-	2	6	8
Enfermeiro de PSF	-	-	-	9	9
Fisioterapeuta	-	-	2	7	9
Médico Clínico	-	-	4	15	19
Médico Cirurgião	-	-	-	3	3
Médico Pediatra	-	-	-	2	2
Médico Gineco- Obstetra	-	-	-	1	1
Médico	-	-	1	-	1
Médico de PSF	-	-	-	8	8
Nutricionista	-	-	-	1	1
Odontólogo	-	-	3	11	14
Psicólogo	-	-	-	3	3
Outros	-	-	1	7	8
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>16</b>	<b>81</b>	<b>97</b>
<b>NÍVEL MÉDIO</b>					
Agente	-	-	20	18	38
Administrativo	-	-	-	-	-
Agente de Vig.	-	-	2	-	2
Aux. Enfermagem	-	-	58	47	105
Aux. Enf. (PSF)	-	-	20	16	36
Téc. em Enf.	-	-	3	7	10
Téc. Laboratório	-	-	1	-	1
Outros de Nível	-	-	31	46	77
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>135</b>	<b>134</b>	<b>269</b>
<b>NÍVEL ELEMENTAR</b>					
ACS (PSF)	-	-	-	57	57
ACS (PACS)	-	-	-	24	24
Copeira	-	-	10	-	10
Aux. Serviços	-	-	30	17	47
Motorista	-	-	3	-	3
Vigia	-	-	7	7	14
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>50</b>	<b>105</b>	<b>155</b>
<b>TOTAL GERAL DE RECURSOS HUMANOS</b>			<b>201</b>	<b>320</b>	<b>521</b>

Fonte: ALTA FLORESTA, 2006b.

**3.4.3. Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde da família**

As características sócio-demográficas dos médicos, enfermeiros e odontólogos das equipes de SF estão apresentadas na Tabela 1. Predominou o sexo feminino (67%) sobre o masculino e 42% declararam ser solteiros. O predomínio do gênero feminino assemelha-se

aos achados na saúde da família em municípios de Mato Grosso (59%), realizada no ano de 2002 (CANESQUI e SPINELLI, 2006). Em relação à média de idade encontrada, 70% dos respondentes estão na faixa etária entre 25 e 39 anos, situação idêntica ao encontrado nos dez grandes centros urbanos brasileiros (MS, 2002). Dos respondentes, 55% possuem naturalidade da região sudeste, 75% são procedentes de outros Estados e 25% vieram de outros municípios mato-grossenses. O número de profissionais vindos de outros Estados aumentou no município estudado, quando comparados ao estudo de Mato Grosso referido acima (47%).

**Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos profissionais das ESF do município estudado. Alta Floresta, 2007.**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
Feminino	14	66,7	21
Masculino	7	33,3	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	8	42,1	19
Casado	7	36,8	
União consensual	2	10,5	
Separado	1	5,3	
Viúvo (a)	1	5,3	
<b>Idade categorizada</b>			
<25 anos	3	15,0	20
25 a 39 anos	14	70,0	
40 a 54 anos	1	5,0	
≥55 anos	2	10,0	
<b>Naturalidade</b>			
Centro-Oeste	2	10,0	20
Nordeste	1	5,0	
Sudeste	11	55,0	
Sul	6	30,0	
<b>Última procedência</b>			
Mato Grosso	5	25,0	20
Outros Estados – demais regiões	15	75,0	

Quanto à formação profissional, 67% dos participantes concluíram a graduação em instituições privadas, diferindo do estudo de CANESQUI e SPINELLI (2006), em que 61,3% dos profissionais eram graduados em instituições públicas. Dos respondentes 52,4% não cursaram especialização, os demais (10) são especialistas em: saúde da família (4), saúde

pública (2), clínica médica (1), pediatria (1), medicina intensiva (1) e endodontia (1). Dois médicos fizeram residência em ginecologia e obstetrícia e um em pediatria.

Entre os mecanismos utilizados pelos participantes para aprimoramento da prática profissional, as capacitações destacam-se para 86% dos informantes, seguidas pelos materiais produzidos por órgãos governamentais (81%), consultas à bibliotecas especializadas por meio da internet (76%), participação em cursos de pós-graduação e uso de periódicos especializados (48%).

A maioria dos profissionais detém contrato temporário de prestação de serviços com a Prefeitura Municipal de Alta Floresta, caracterizando vínculo empregatício precário e falta de estabilidade profissional.

A vinculação precária do trabalho em saúde não é nova e vige desde a década de 1960, embora a terceirização no âmbito do SUS, na década de 1990, tenha ocorrido pela necessidade de contratar os agentes comunitários e equipes de saúde da família, de expandir e repor as redes assistenciais locais e pelas limitações da legislação relativa aos tetos de gastos de pagamentos com pessoal (CANESQUI e SPINELLI, 2006 p. 1883).

A jornada de 40 horas semanais em saúde da família é cumprida pelos profissionais. Atuam no programa a menos de 18 meses (40%), o mesmo percentual se aplica para aqueles com 18 a 35 meses na equipe. Com mais de três anos encontram-se 20% dos profissionais.

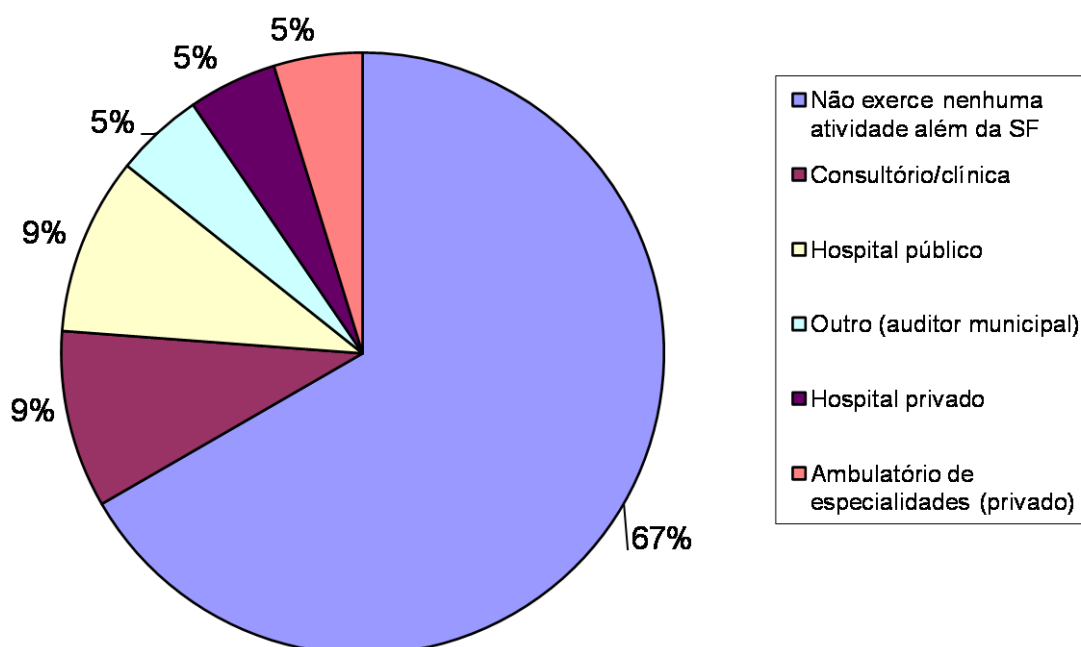
A Figura 6 mostra que 66% dos profissionais atuam apenas em saúde da família, 10% dos profissionais trabalham em hospital público e 9% em consultório ou clínica. Os demais atuam no ambulatório de especialidade, hospital privado e auditoria.

Os médicos respondentes (07) declararam receber um salário maior ou igual a R\$ 4.000,00 reais, enquanto os enfermeiros e odontólogos recebem remuneração entre R\$ 2.000 a R\$ 2.999,00.

Antes de ingressar na atual equipe, 28% dos profissionais, atuavam em saúde da família no mesmo município, 24% trabalhavam em hospitais e para 19%, a atual equipe é o primeiro emprego.



**Figura 6 - Percentual de outras atividades exercidas, além da saúde da família, pelos profissionais. Alta Floresta, 2007.**



As alterações ocorridas na vida profissional, após o ingresso nas equipes de saúde da família estão apresentadas na Tabela 2. Os profissionais referiram ter melhorado a relação com o paciente (85%), o trabalho em equipe (70%) e a autonomia técnica (65%). A jornada de trabalho e a remuneração (73% e 65%, respectivamente) não sofreram alteração segundo os respondentes.

**Tabela 2 – Alterações ocorridas na vida profissional após ingresso dos médicos, enfermeiros e odontólogos nas equipes de saúde da família. Alta Floresta, 2007.**

Características	Melhorou		Não se alterou		Piorou		Total
	N	%	N	%	N	%	
Relação com o paciente	17	85,0	3	15,0	-	-	20
Trabalho em equipe	14	70,0	5	25,0	1	5,0	
Autonomia técnica	13	65,0	7	35,0	-	-	
Prestígio profissional	11	55,0	7	35,0	2	10,0	
Remuneração	6	30,0	13	65,0	1	5,0	
Jornada de trabalho	4	21,1	14	73,7	1	5,3	

## RESULTADOS E DISCUSSÃO – PARTE II

---

### 3.5. CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALTA FLORESTA: RASTREANDO SUAS DIRETRIZES

#### 3.5.1. Concepção sobre o modelo de atenção

Questões inerentes à mudança do modelo de atenção estiveram presentes tanto na avaliação de implementação quanto na construção do instrumento de avaliação (grupos focais e consenso).

Na avaliação de implementação os profissionais apontaram que a saúde da família reforça o vínculo entre profissionais e famílias (88,2%), atua sobre a família como núcleo de abordagem e reduz a internação hospitalar (70,6%). Para eles, a implantação da saúde da família pode: interferir no mercado de trabalho e na formação dos profissionais de saúde (64,7%), alterar os processos de trabalho (60%) e mudar substancialmente o modelo de atenção (59%).

Destaca-se que 70,6% dos profissionais informaram concordar parcialmente que a saúde da família presta assistência integral e contínua a população adscrita. A resolutividade, a ampliação da cidadania e o controle social também foram apontadas como atividades parcialmente realizadas pela saúde da família (64,7%).

Para os gestores, a saúde da família é um bom marcador de resolutividade da equipe. Quando os profissionais possuem um bom planejamento, a estratégia funciona como porta de entrada fortalecendo a atenção primária, quando o programa não funciona ocorre o aumento da procura pela atenção secundária.

Para os participantes dos grupos focais, a saúde da família se apresenta como um modelo de atenção mais econômico e mais próximo do usuário. A implantação desta estratégia se reflete na melhoria da cobertura populacional, nos indicadores de saúde e na diminuição das internações hospitalares. Destacaram a resolução de determinados problemas de saúde em estágio precoce, evitando seu agravamento.

A avaliação de implementação mostrou que, em Alta Floresta, a saúde da família foi priorizada no Plano Municipal de Saúde como estratégia de reorganização da atenção primária no município. Em junho de 2008, 78,29% da população tinha acesso a uma unidade de saúde da família (DATASUS, 2008).

Nossa meta é cobrir 100% da população com saúde da família e saúde bucal (G1).

A saúde da família ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, a disponibilidade de medicamentos, o vínculo estabelecido por meio dos ACS entre equipe e população e a responsabilização do usuário pela sua saúde (G3).

A 12ª equipe foi implantada em setembro de 2008. Das 11 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes, na época da pesquisa, sete destas (71,18%) tinham saúde bucal modalidade I (dentista e auxiliar de saúde bucal). Dez equipes atuavam na área urbana (72,7%) e uma na área rural.

Em relação à atenção dispensada pelas equipes às atividades que contemplam a atenção primária observou-se que: as ações de atenção à saúde materno-infantil, de controle das doenças crônicas (hipertensão e diabetes mellitus), das doenças transmissíveis (hepatite) e endêmicas (dengue) destacam-se com maior número de ações realizadas “satisfatoriamente”, tais programas vinculam-se a tradição mais antiga do Ministério da Saúde, e a prática da saúde pública no Brasil. Já os programas de instituição mais recentes como saúde do adolescente, homem adulto, idoso e saúde mental, predominam ações realizadas de forma “regular” ou “incipiente”. Nenhuma das ações de saúde do adolescente foi categorizada como “satisfatória”. Nas ações de saúde bucal prevalece o foco no modelo curativo sobre o preventivo e ações educativas. O acompanhamento do homem adulto e idoso é “incipiente”, embora as equipes detenham o registro dos dados deste segmento de forma “satisfatória”.

Entre as ações que envolvem a comunidade, o acompanhamento dos usuários além da unidade, as atividades que envolvem a família e as ações de promoção à saúde, monitoramento e avaliação, em sua maioria são realizadas de forma “insatisfatória” pelas equipes.

Os gestores avaliaram o desempenho das equipes de saúde da família entre bom e ótimo. Sugeriram que para sua consolidação como modelo de atenção se fazem necessárias algumas ações como: estruturar e equipar todas as unidades de saúde, garantir a capacitação das equipes por meio da educação em serviço, fixar os profissionais no município, criar mecanismos de vinculação entre as equipes e a comunidade, ampliando a segurança e

confiança da comunidade, aumentar a prevenção para diminuir a internação hospitalar e evitar complicações, fortalecendo o campo da atenção primária.

A avaliação apontou ainda como facilidades para implementação da saúde da família: a clareza do gestor sobre os programas e sobre a política de saúde que prioriza a atenção básica, a existência e motivação da equipe de coordenação, o seu entrosamento com ESF, a estruturação dos sistemas de informação, a manutenção de um cronograma de reuniões de condução e a participação integral dos profissionais nestas reuniões.

A descentralização das decisões, a total autonomia da pasta da saúde exercida pelo gestor, bem como o auxílio das lideranças comunitárias, foi fundamental para a condução da gestão. A participação da comissão de saúde da Câmara Municipal com indicações, sugestões e acompanhamento do trabalho das equipes, principalmente em relação ao controle da dengue, também foi avaliada como positiva.

Destaca-se o envolvimento do presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nas questões de saúde da família e sua postura pró-ativa e determinada quanto à necessidade de implantação dos Conselhos Gestores Locais nas unidades de SF como instrumento de fortalecimento do controle social e do próprio CMS.

Como dificuldades foram identificadas em ordem de prioridade: a falta de comprometimento do profissional, a estrutura física inadequada de algumas unidades, o pouco envolvimento entre comunidade e equipe e a alta rotatividade profissional, o que implica um recomeçar permanentemente.

Os profissionais nos grupos focais apontaram como inovações da saúde da família: a forma de agendamento, o trabalho em equipe, o trabalho com os grupos de idosos e gestantes desenvolvido pela professora de educação física e pela fisioterapeuta, a existência de um dia específico para entrega de exames, a campanha do preventivo de colo de útero, o mutirão comunitário e a organização da farmácia central que mantém nas unidades de saúde os medicamentos de uso contínuo.

Segundo os representantes dos usuários, no Conselho Municipal de Saúde (CMS), as condições de saúde da população melhoraram muito com a implantação de saúde da família. As falas demonstram a compreensão acerca da estratégia saúde da família.

O PSF veio pra atender as famílias na base, pra fazer prevenção (U3)

se não existisse o PSF , tudo iria para o hospital (U1)

Antes do PSF era precário, gestantes e crianças dependiam somente do atendimento hospitalar, era muito complicado, agora são bem atendidos (U2).

O PSF exerce papel fundamental na saúde da população é o cidadão mais perto de sua saúde, se não tivesse o PSF muita gente morreria, principalmente os idosos (U3).

A proposta do PSF visa à prevenção, a educação, a informação evitando que a população adoça. Tem que ter educação para prevenção (U6).

Para os conselheiros, a saúde da família resolve apenas 50% dos problemas de saúde da população, pelo fato de a população desconhecer a proposta, não acreditar nos serviços, não participar das atividades das equipes e pela falta de capacitação profissional.

A população só busca o médico, esquece que tem uma equipe para averiguar a condição de saúde da população (U6).

A comunidade quer mais consulta médica, não quer saber de acompanhamento. Só procuram a saúde da família quando estão doentes, pegam o remédio e não voltam mais. As famílias migram entre os bairros e o PSF perde o contato com elas (U5).

Tem gente que não confia no trabalho da equipe, não aceita bem os agendamentos (U1).

As falas referem-se à prática de algumas equipes que prestam atendimento como um ambulatório, da existência de filas durante a madrugada, do não envolvimento da comunidade pela equipe, da falta de experiência e de fixação dos médicos em saúde da família.

O bom seria se todos fossem concursados (U1).

O Conselho recebe reclamações da qualidade do atendimento oferecido por alguns médicos, do não cumprimento do horário e de falhas na realização das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde.

Alguns médicos se acham Deus, lidam como se o SUS fosse um bico (U5).

Na percepção dos conselheiros, para que a saúde da família funcione melhor é necessário: melhorar as condições de trabalho dos profissionais, suprir a falta de equipamentos, melhorar a formação dos profissionais e ampliar o número de equipes de saúde bucal. Em relação à comunidade é preciso oferecer mais informação à população e implantar um conselho gestor local em todas as unidades.

### 3.6. DIRETRIZES DA SAÚDE DA FAMÍLIA E CRITÉRIOS AVALIATIVOS

A análise dos grupos focais, sob a luz da avaliação de implementação possibilitou categorizar os achados em oito diretrizes operacionais que norteiam a atuação dos envolvidos com a saúde da família:

- 1) Acesso da população à unidade de saúde da família;
- 2) Conhecimento sobre a população adscrita pela equipe multiprofissional;
- 3) Qualidade e integralidade do cuidado (acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe com a comunidade);
- 4) Trabalho em equipe e autonomia profissional/equipe;
- 5) Resolutividade e coordenação do cuidado;
- 6) Educação permanente;
- 7) Monitoramento e avaliação;
- 8) Participação da comunidade e controle social.

Essas diretrizes foram entendidas, pelos agentes envolvidos, como recomendações operativas, linhas guias que orientam a atuação das equipes de saúde da família. O conteúdo das diretrizes é apresentado e discutido a seguir, juntamente com os critérios avaliativos.

Para cada diretriz foram identificados critérios capazes de avaliá-las, originando a primeira matriz de análise (Anexo IX), que foi submetida ao consenso. A primeira rodada de consenso acrescentou uma diretriz, redistribuiu e alterou os critérios, resultando em uma segunda matriz (Anexo X) com oito diretrizes e 89 critérios. Na segunda apreciação da matriz pelos especialistas ocorreram pequenas alterações na redação dos critérios, resultando na matriz final que deu origem ao instrumento de avaliação proposta deste estudo.

A definição das diretrizes e os critérios que as avaliam foram descritos a seguir.

#### 3.6.1. Diretriz 1 - Acesso da população à unidade de saúde da família

Acesso foi entendido como a entrada no serviço de saúde, oferta e utilização destes, que inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde da população e a qualidade da ação realizada.

RAMOS e LIMA (2003) definem acesso como:

a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio (p.29).

Para Vuori (1988, 1991) citado por UCHIMURA (2002), acesso é uma das dimensões da qualidade desejáveis aos serviços de saúde e envolve a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis.

Utilizando-se da classificação de Adami (1993) e Unglert (1995), RAMOS e LIMA (2003) organizaram o acesso em três subcategorias: acesso geográfico (forma e tempo de deslocamento, distância entre a residência e a unidade de saúde); acesso econômico (forma de deslocamento, procedimentos obtidos, custo dos medicamentos) e acesso funcional (envolve a entrada no serviço do qual o cidadão necessita, inclui os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento).

De acordo com os grupos focais, ter acesso a uma unidade de SF exige a adscrição de uma população a uma equipe de profissionais qualificados e a definição do espaço territorial correspondente. A equipe de saúde da família deve ser referência de saúde, facilitando o acesso ao serviço e ao sistema de saúde. Implica divulgação dos horários de funcionamento da unidade de saúde pactuado com a comunidade, existência de mecanismos e critérios de atendimento (agendamentos, cadastros familiares); atendimento domiciliar da equipe (1ª visita ao recém-nascido, internação domiciliar); disponibilidade de medicamentos, estrutura física com tamanho adequado à população (salas de espera confortáveis e privacidade no atendimento).

Em Alta Floresta todas as unidades de saúde da família funcionam em horário integral e a maioria delas localiza-se dentro da área de abrangência das equipes. Há uma única unidade de saúde da família fora da área adscrita o que tem dificultado o acesso aos serviços de saúde à população adscrita. Quanto à estrutura física, cada equipe que atua na área urbana ocupa uma estrutura própria da SMS e uma das unidades abriga duas equipes. Na área rural, uma única equipe atende em quatro postos de saúde, segundo calendário específico. Nessa equipe predomina o atendimento à demanda espontânea.

Na zona rural nem sempre há agendamentos, algumas vezes os ACS agendam (P2).



A população adscrita utiliza a saúde da família como porta de entrada, seguindo as orientações das equipes.

Antigamente o paciente ia pro hospital, agora vai para a unidade de saúde, a noite e nos finais de semana vão direto ao hospital (P10).

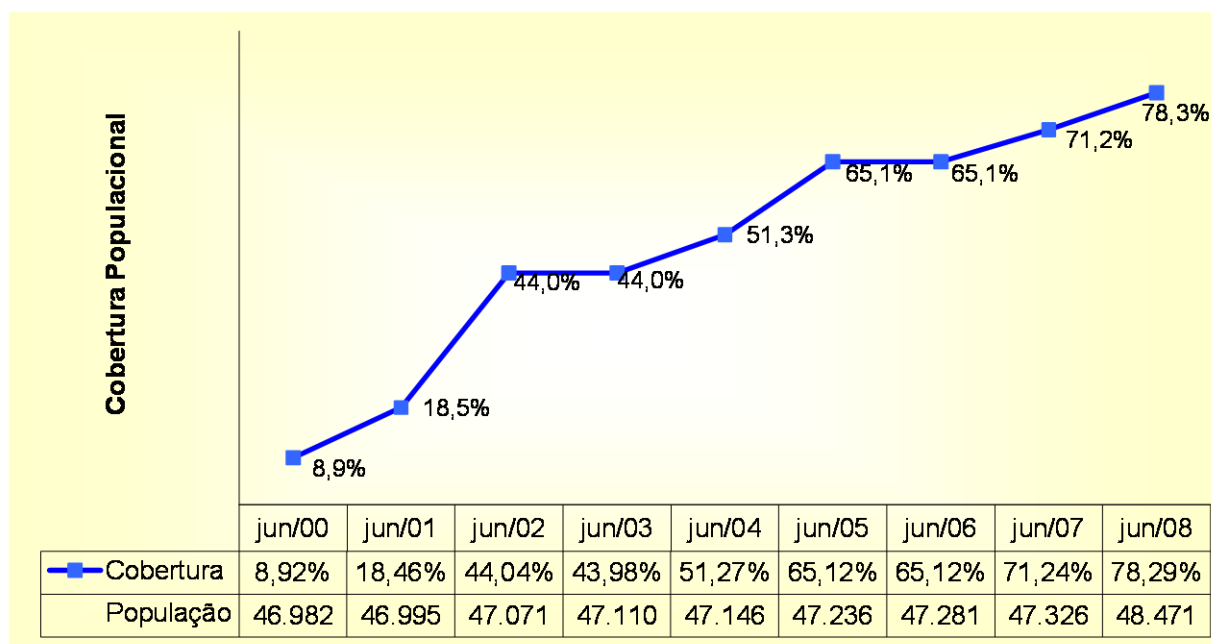
Nas unidades em que existem leitos de observação (diarréia, vômito) a população não procura o hospital,

vem primeiro aqui na unidade de saúde independente do que for (P9).

O Anexo XI caracteriza as equipes de saúde da família e saúde bucal de Alta Floresta. Contém o mês e ano de implantação das equipes de saúde da família e bucal, a área de atuação, o número de Agentes Comunitários de Saúde e de micro-áreas, a cobertura de ACS por micro-área, o número de famílias cadastradas e a média de Famílias por ACS.

A Figura 7 mostra a evolução da implantação das equipes de SF no município de Alta Floresta e a cobertura populacional entre 2000 a 2008. Os dados se referem ao mês de junho de cada ano (DATASUS, 2008). Demonstra que a expansão na implantação da SF foi gradual, quase ano a ano, destacando-se os três primeiros anos, quando 50% das equipes existentes foram implantadas, motivadas pelas políticas de incentivo federal e estadual.

**Figura 7 - Evolução da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família. Alta Floresta, 2008.**



Fonte: DATASUS, 2008.

Embora 50% das equipes de saúde da família estivessem incompletas quanto ao número de ACS, estes profissionais cobrem 84% das microáreas, com uma média de 128 famílias por ACS (SIAB, 2008). Em 85% das equipes os ACS agendam as gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Em uma unidade os ACS são responsáveis pelo agendamento e retorno desses pacientes.

A demanda espontânea foi observada como nó crítico. Há duas unidades de saúde da família com número excessivo de pessoas/famílias cadastradas, os profissionais distribuem senhas para atendimento e os usuários enfrentam longas filas. Como uma destas unidades está fora da área de abrangência da equipe os usuários apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essas situações apontam fragilidades no planejamento e descaracterizam a proposta saúde da família.

Em virtude do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) foram fixados em todas as USF: um cronograma com serviços oferecidos pelos profissionais, os horários de trabalho, o mapa da área de abrangência, o telefone da ouvidoria e um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, visando ampliar o controle social sobre o cumprimento dos horários, principalmente sobre os médicos. A SMS também adquiriu equipamentos e medicamentos que estavam em falta, implantou mecanismos para acolher as reclamações e sugestões dos usuários, reformou a estrutura física da maioria das unidades, adquiriu ar condicionado para as salas de vacina e instalou telefones e computadores em todas as unidades.

Foram definidos 14 critérios avaliativos para esta diretriz. Após a submissão aos especialistas, houve consenso na manutenção da maioria dos critérios, foram acrescentados dois novos critérios e os critérios 8,9,13 e 14 foram removidos para outras diretrizes.

Na segunda submissão aos especialistas houve consenso para 100% dos critérios, aos quais foi atribuído grau de importância entre 9 e 10, resultando na definição de 12 critérios avaliativos descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído. Os **Críticos avaliativos** definidos para a **Diretriz "Acesso"** são os seguintes:

1. USF implantada próximo à população, dentro da área de abrangência da equipe;
2. Critérios definidos para redução das filas e do tempo de espera dos usuários conforme suas necessidades de atenção, ampliando a utilização dos serviços;
3. Número de famílias por ESF em consonância com a portaria normativa do Ministério da Saúde (3 a 4 mil pessoas);
4. Visitas realizadas pelos ACS a todas as famílias, pelo menos uma vez ao mês;

5. Acolhimento e atendimento resolutivo compatível com as necessidades dos usuários;
6. Composição da equipe (em número e perfil profissional) de acordo com as necessidades de saúde da comunidade assistida;
7. Reconhecimento pela comunidade dos ACS como elo entre equipe e usuários;
8. Usuário procura a USF em primeiro lugar, antes de buscar outro serviço, exceto em urgências (hospital/Pronto atendimento);
9. Disponibilidade de telefone/fax, durante o funcionamento da unidade para marcação de consultas e informações;
10. Períodos alternativos para atendimento dos trabalhadores que não podem freqüentar a USF durante o dia;
11. Realização de visita domiciliar por todos os profissionais de SF, enquanto atividade sistemática da equipe;
12. Existência de mecanismos de divulgação das normas e rotinas da USF para a população.

### **3.6.2. Diretriz II - “Conhecimento sobre a população adscrita pela equipe multiprofissional”**

Significa a equipe conhecer as condições sócio-econômicas e sanitárias das famílias da área de abrangência das unidades de saúde da família, os problemas locais do bairro, os hábitos e costumes dessa clientela.

“Saber quem é quem, onde mora, com quem mora, com quais problemas convive” (P10).

Os atributos dessa diretriz, segundo os grupos focais, devem possibilitar a identificação de estratégias de atuação, o direcionamento da abordagem a ser dispensado pela equipe à população e estabelecer vínculo entre profissionais e comunidade. É importante que o foco dos serviços e da atenção à saúde seja o usuário. Pressupõe a utilização de recursos como mapas e cadastramento que ampliam a capacidade de atuação da equipe. Inclui o reconhecimento de micro-áreas de risco, identificação de locais com maior vulnerabilidade social e sanitária e a presença de barreiras físicas. E, não menos importante, o reconhecimento de possíveis parcerias locais (igrejas, escolas, praças, associações comunitárias) (MENDES GONÇALVES, 1994).

Esta diretriz aproxima-se da dimensão “orientação para a comunidade”, definido por Starfield (2003), citada por MACINKO et al. (2003) e IBAÑEZ et al. (2006), que implica no

reconhecimento das necessidades de saúde da população, que ocorrem em contexto social determinado, que devem ser conhecidas e tomadas em consideração.

Esta diretriz foi apresentada na primeira matriz de consenso como: “conhecimento da população adscrita, participação da comunidade e controle social”, contemplando 12 critérios avaliativos. Após a submissão aos especialistas as diretrizes participação da comunidade e controle social compuseram uma nova diretriz.

Tomando como referência a primeira matriz de análise houve consenso para manutenção dos critérios de 1,2,3,4, 5 e 8, aos quais foi atribuído o percentual de importância entre 7 e 10. O critério 6 foi excluído e os demais foram removidos para outras diretrizes.

Na segunda submissão aos especialistas houve consenso em todos os critérios, e lhes foi atribuído o grau máximo de importância (10), resultando na definição de seis critérios avaliativos descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído.

Os **critérios avaliativos** definidos para a Diretriz: “**Conhecimento da população adscrita**” são:

1. Conhecimento pela equipe de saúde da família e discussão com a comunidade do diagnóstico dos problemas/agravos mais comuns da população adscrita, planejando com ela a forma de enfrentá-los;
2. Utilização do mapeamento e cadastramento pela equipe de saúde da família para conhecimento e diagnóstico das características sócio-demográficas e epidemiológicas das famílias adscritas;
3. Conhecimento pela equipe de SF dos problemas/agravos menos comuns da população, mas que impõem risco de vida ou de adoecer, planejando com a comunidade a forma de enfrentá-los;
4. Identificação pelo nome das famílias e seus membros e conhecimento do meio social em que vivem pela equipe de saúde da família;
5. Conhecimento dos usuários e famílias mais vulneráveis (presença de membros doentes, idosos, acamados, portadores de necessidades especiais) pela equipe de SF;
6. Identificação dos profissionais das unidades de saúde da família pelo nome e pelas funções exercidas junto à equipe pela população usuária.

A avaliação de implementação apontou como “incipientes” as atividades de: diagnóstico, programação e implementação das atividades, considerando os critérios de risco, os indicadores sociais e de saúde e a utilização dos indicadores pactuados pelo município, demonstrando fragilidade no alcance dos critérios avaliativos um e dois.

### 3.6.3. Diretriz III - “Qualidade e Integralidade do Cuidado (acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe com a comunidade)”

Para RAMOS e LIMA (2003), o acesso e o acolhimento são considerados elementos essenciais para avaliação de qualidade dos serviços de saúde, pois refere-se ao modo como os usuários são atendidos pelos profissionais das equipes.

Esses autores identificaram fatores que indicam a **qualidade** do atendimento a partir da perspectiva do usuário. Para eles os serviços precisam: ter boa recepção, tratar bem seus usuários e fazer com que estes sejam reconhecidos pela equipe; respeitar o usuário significa organização da unidade, pontualidade no atendimento, clareza das informações prestadas, definição de rotinas que contemplam a necessidade do usuário; relação humanizada que se traduzem no respeito, consideração e atenção ao usuário; e ter bom desempenho profissional expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas, nas orientações dadas e na resolutividade das condutas adotadas.

Para CAMPOS (2003) acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela.

Ao citar Merhy (1994, 1997) e Cecílio (1994), TEIXEIRA (2006a) aponta que:

a organização de práticas de acolhimento à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na porta de entrada da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção ao usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços. Este modelo além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea (p. 32).

De acordo com MALTA et al. (1998), o acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde, na postura a ser adotada por toda a equipe durante o atendimento de todos os usuários que procuram o serviço de saúde. Os profissionais passam a assumir uma postura acolhedora e de escuta, ampliando a capacidade de responder adequadamente às necessidades de cada usuário. Ocorre uma mudança no fluxo de entrada, pois toda a equipe participa da assistência direta ao usuário encaminhando à consulta médica apenas aqueles que dela necessitam. Assim toda a equipe participa da resolução do problema colocando-se em “prática outros saberes existentes, potencializando a capacidade de resposta e intervenção”. Desta forma, além de restabelecer o princípio da universalidade do acesso,

também ocorre a ampliação do vínculo entre equipe, usuários e suas famílias, o que por sua vez pode levar a uma co-responsabilização coletiva (p. 128).

De acordo com os grupos focais, **vínculo** implica o comprometimento com o usuário, com a comunidade, equipe e com o sistema a partir do acompanhamento e contato dos profissionais com os usuários e suas famílias. STARFIELD (2004) e ALMEIDA et al. (2003) referem-se a vínculo como sinônimo de longitudinalidade, considerando-o uma das dimensões essenciais da Atenção Primária à Saúde, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (maior do que dois anos)”. Cada Unidade de Saúde da Família (USF) é responsável pela atenção à saúde de uma dada comunidade e o uso dos serviços ao longo do tempo deve ser compreendido como a capacidade da equipe de identificar as necessidades da “sua” população adscrita, e dessa população reconhecer a USF como o local onde possa receber atenção à saúde continuamente e ou a cada novo episódio.

Para ALMEIDA et al. (2003), o vínculo da população com sua fonte de atenção deverá refletir “fortes laços interpessoais, que são reflexos da cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde” (p. 248).

A **integralidade do cuidado**, a descentralização e a participação constituem uma tríade de princípios que expressam em grande medida o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como um direito de cidadania (PINHEIRO e MATTOS, 2004).

A integralidade da atenção destaca-se entre estes princípios, ao fundamentar o cuidado como uma tecnologia assistencial complexa. A prática desse cuidado favorece o estabelecimento de relações de saúde e sociais.

Na perspectiva da integralidade da atenção, a implementação da saúde da família no município foi considerada pelos gestores como razoável, considerando a cultura e o desconhecimento da proposta saúde da família pela população.

... a população ainda não consegue diferenciar as USF dos postos de saúde convencionais, mesmo sabendo que as consultas são diferenciadas, voltadas para a prevenção, sem o foco curativo (G3).

... é a cultura do povo, o paciente espera adoecer para ir ao hospital, às 19:00 horas o hospital está cheio, isso atrapalha o serviço.... qualquer pequena sutura que poderia ser realizada na SF, vai para o hospital, o povo tem dificuldade de usar o PSF como porta de entrada (G2) .

A SMS tem uma força tarefa contra a dengue, que retira entulho dos quintais, mesmo assim existem pessoas que reclamam..." "... A melhor solução da saúde é a educação, quando melhorar a educação, melhora a saúde (G1).

O **comprometimento** envolve profissionais das equipes de saúde da família, gestores e a população.

O entendimento dessa diretriz, nos grupos focais, possibilitou a identificação de 11 critérios avaliativos. Após ser submetido aos especialistas essa diretriz recebeu seis novos critérios das outras diretrizes e redirecionou outros dois para outras diretrizes. O grau de importância atribuído variou entre 6 e 10. O consenso resultou em 15 critérios avaliativos descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído.

Os **Critérios avaliativos** definidos para a **Diretriz: "Qualidade e integralidade do cuidado"** são os seguintes:

1. Registro adequado, nos prontuários familiares únicos, da anamnese, queixas, problemas, condutas, retornos e dados de relevância para o planejamento e acompanhamento da atenção individual e familiar;
2. Assistência à pessoa, em sua totalidade, respeitando suas peculiaridades individuais e coletivas, de forma organizada, na unidade ou no domicílio e ao longo do tempo, pela equipe de saúde da família;
3. Durante todo o processo de cuidado e acompanhamento são consideradas pela ESF a realidade sócio-econômica e cultural do usuário e sua família;
4. Definição entre equipe e usuário, da conduta terapêutica que melhor se adapte às suas condições sócio-econômicas;
5. Focalização da atuação nas necessidades de saúde das famílias, na promoção, proteção e na recuperação da saúde da população pela equipe de saúde da família;
6. Tratamento respeitoso e humanizado dispensado aos usuários por toda a equipe;
7. Acompanhamento de todos os casos encaminhados aos serviços de referência pela equipe;
8. Estrutura física da unidade com condições que favorecem o acolhimento das pessoas com dignidade;
9. Confiança e vínculo da família e do usuário com a equipe;
10. Incentivo ao usuário e sua família, a co-responsabilizar-se pela conduta terapêutica/tratamento individual ou familiar, pela equipe de saúde da família;
11. Desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais por meio de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, para enfrentamento dos agravos de saúde identificados;

12. Utilização de outras práticas integrativas e complementares em saúde no processo de cuidado dos usuários e famílias, tais como: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia, entre outras, pela equipe de saúde da família;
13. Atendimento domiciliar, por qualquer um dos profissionais da equipe, aos usuários e familiares conforme suas necessidades, instituído a partir de protocolos;
14. Cuidados e prescrição de medicamentos consideram as condições (sócio-econômica-cultural) individuais e familiares;
15. Atendimento priorizado a partir do conhecimento das necessidades da comunidade.

A avaliação de implementação mostrou que as unidades de saúde da família de Alta Floresta apresentam tamanho, iluminação e ventilação não adequada às atividades desenvolvidas. Todas as unidades estão equipadas com consultórios (médico e de enfermagem), mesa ginecológica, balança pediátrica e sonar Doppler e geladeira específica para vacina. Em duas unidades havia termômetro digital e computador (sem acesso à internet). Nenhuma unidade possuía glicosímetro e autoclave. A provisão de medicamentos e de materiais (essenciais, escritório e limpeza) foi adequada após a realização do Termo de Conduta (TAC).

#### **3.6.4. Diretriz IV - “Trabalho em Equipe e Autonomia Profissional/Equipe”**

A modificação do modelo de atenção à saúde operacionaliza-se por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de práticas convencionais de assistência e a incorporação de novas práticas, voltadas para a família e a comunidade, com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo de adoecimento. A capacidade da equipe multiprofissional oferecer atenção integral e sustentar o enfoque social ampliado de saúde da família, com inclusão social, exige qualificação dos profissionais inseridos e adesão à estratégia por parte desses profissionais (SCOREL et al., 2007).

Segundo os grupos focais, esta diretriz exige profissionais generalistas, capazes de acompanhar as condições sanitárias e sociais do bairro e que possuam as seguintes competências, agrupadas segundo categorização proposta por MENDES (2002):



- **Competência técnica:** o trabalhador de saúde da família deve ser responsável, comprometido com o sistema de saúde, com seu local de atuação, comunidade, equipe e usuário. Deve ser capaz de resolver os problemas de saúde da população adstrita, de realizar ações conjuntas com a comunidade nas escolas, creches e associações. “O profissional deve saber conversar, explicar, gostar do que faz e estar disposto a fazer uma transformação” (P5).
- **Competência político-gerencial:** o profissional de saúde da família deve gerenciar a unidade de saúde da família de forma a aproximar-se das necessidades da comunidade, como por exemplo, os horários de atendimento ao público, usando bom senso, criatividade e iniciativa.
- **Competência ética/Moral:** é fundamental o trabalhador ter caráter, boa vontade, paixão e amor por aquilo que faz. Saber respeitar a equipe, o usuário e a sua cultura.

Exige ainda que a operacionalização do trabalho ocorra de forma colaborativa a partir de uma equipe multiprofissional. Essa equipe deve ter bom entrosamento, ser maleável, comprometida com a atenção à saúde, com o usuário e a comunidade, deve realizar trabalho interdisciplinar valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, que possibilite a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (MS, 2006a).

Os profissionais, participantes dos grupos focais, reconheceram como dificuldades na implementação da saúde da família no município, a falta de comprometimento de alguns profissionais e equipes; a falta de sensibilidade às necessidades do usuário; a resistência a mudanças; o não cumprimento de horários (médicos) e o trabalho desintegrado de algumas equipes.

A autonomia profissional é a capacidade ou possibilidade do profissional/equipe decidir sobre a situação de saúde da sua população, autonomia para programar, definir prioridades de atendimento e solicitar exames. A dificuldade de acesso dos profissionais ao Secretário Municipal de Saúde e a não participação deles nas decisões que envolvem troca de profissionais das equipes foram apontadas como situações que limitavam a autonomia dos profissionais de Alta Floresta.

O desenvolvimento da autonomia dos usuários durante o atendimento, e a discussão de casos clínicos com a equipe, definindo atribuições individuais são realizadas de forma “incipientes” pelas equipes.

A primeira matriz submetida ao consenso contemplava 19 critérios avaliativos, resultou na exclusão de critérios repetitivos (3,6,16) e no deslocamento de outros quatro critérios para outras diretrizes. O grau de importância atribuído prevaleceu entre 8 e 10. Com os devidos ajustes resultaram em 13 critérios avaliativos para essa diretriz, descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído.

Os **Críticos avaliativos** definidos para a **Diretriz “Trabalho em equipe e autonomia profissional/equipe”** são:

1. Participação de todos os membros da ESF em reuniões de planejamento, capacitação e avaliação das ações realizadas;
2. Equipe multiprofissional completa com atribuições definidas coletivamente;
3. Utilização por todos os membros da ESF do prontuário do usuário para anotações, inclusive os ACS (achados durante a visita, dificuldades na aquisição de medicamentos, uso correto da medicação, complicações ou queixas);
4. Desenvolvimento pela ESF de projetos de saúde coletiva, embasados na clínica ampliada a partir das necessidades da população;
5. Mecanismos de organização e acolhimento da demanda da unidade (horários das visitas domiciliares, atendimento e procedimentos) implementados pela equipes de saúde da família;
6. Implementação das atribuições específicas de cada categoria profissional constante na Portaria Nacional de Atenção Básica;
7. Mecanismos instituídos para ampliação do diálogo entre profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção;
8. Promoção de ações na equipe que estimulem a participação nas decisões, fortalecendo e autodesenvolvimento profissional;
9. Projeto de integração com os demais níveis de atenção da rede implementado, juntamente com a ESF, definindo fluxos e responsáveis pelo acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades e serviços de referência, apoio diagnóstico e diagnóstico;
10. Diagnóstico da situação e plano de ação construídos em conjunto com a equipe interdisciplinar, comunidade /conselho gestor contemplando objetivos, metas, prazos e indicadores de avaliação (plano de trabalho mensal/anual);
11. Existência, na USF, de prontuário familiar integrado (único) implementado para anotações das condições de saúde dos usuários e famílias.

12. Participação dos membros da equipe nos grupos de gestantes, idosos, adolescentes, crianças entre outros.
13. Todos os profissionais da ESF se envolvem com as atividades complementares desenvolvidas por outros profissionais, na unidade ou na comunidade (Educadora física, Fisioterapia).

Em Alta Floresta as equipes utilizam prontuários familiares organizados por micro-áreas e por grupos específicos (diabetes, hipertensos, gestantes, crianças, hanseníase, tuberculose e saúde mental). Na maioria das unidades, as consultas são agendadas e usuários que pertencem a grupos específicos não precisam de senha. O agendamento tem sido utilizado como estratégia para redução das filas, respeitando-se os casos de urgência.

O agendamento é um mecanismo de organização do serviço que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento (RAMOS e LIMA, 2003 p.31).

### **3.6.5. Diretriz V - Resolutividade e Coordenação do Cuidado**

O novo modelo de atenção à saúde, implementado pela estratégia saúde da família, a partir de equipes multiprofissionais, passou a exigir a diversificação e transformação dos olhares, práticas e métodos, bem como a inserção de novos profissionais.

A resolutividade é determinada pela qualidade técnica e clínica da equipe de saúde da família em resolver os problemas da população adscrita. De acordo com os grupos focais, a resolutividade implica resolver as questões da atenção básica e da unidade de saúde da família, ter profissionais com habilidades técnico-científicas, domínio e capacidade para integrar as várias áreas de conhecimento e as ações programáticas.

A coordenação do cuidado pressupõe a existência de protocolos, de integração e senso de equipe com as unidades de referência e com a gestão. Requer a capacidade de garantir continuidade, nos demais níveis de atenção (especialidades, sistemas de apoio diagnóstico, hospitalar).

As equipes de saúde da família de Alta Floresta

possuem capacidade técnica para resolver 80% dos casos demandados, porém, pela falta de estrutura física adequada elas resolvem

aproximadamente 60%. Há necessidade de maior aporte de recursos financeiros para a atenção primária, o que otimizaria a realização de outros procedimentos nas USF, como pequenas cirurgias (G4).

A avaliação de implementação apontou que, para os gestores, a referência e contra-referência para a atenção primária são “incipientes” no município.

os usuários encaminhados ao hospital não retornam à unidade de SF, seja porque o médico não é informado, seja porque o paciente nunca mais volta, seja porque os profissionais das equipes não vão atrás desses usuários (G2).

O grande número de exames, cujos resultados os usuários não procuravam, levou a Secretaria Municipal de Saúde a submeter as solicitações à análise de um médico auditor (clínico ou cirurgião). Essa prática gerou constrangimentos, mas obrigou o hospital a fazer a contra-referência e a identificar a necessidade ou não do exame solicitado.

Visando diminuir a demanda e melhorar a contra-referência, foram elaborados de forma conjunta protocolos (profissionais do hospital, de saúde da família e da coordenação), que passaram a vigorar a partir de agosto de 2007. Esses protocolos definem o fluxo de encaminhamento entre as unidades básicas, centros de saúde, equipes de saúde da família e hospital. São eles: Protocolo 1 – Regulação de referência e contra-referência; Protocolo 2 – Prescrição de medicamentos pelos enfermeiros; Protocolo 3 – regulação de urgência e emergência; Protocolo 4 – regulação de consultas e exames especializados e um fluxograma do sistema de regulação Municipal.

Algumas falas dos grupos focais demonstram que os protocolos de encaminhamento permitem analisar a pertinência dos exames solicitados pelos médicos auditores, ampliam a autonomia profissional e melhoram a organização dos serviços.

se deixar de preencher um campo, corta o exame, a função do auditor é não deixar exames desnecessários (G1).

os protocolos melhoraram a organização dos serviços em 80%, o próprio hospital notou isso (G2).

Eles ampliaram a autonomia dos profissionais das equipes de SF servindo como estímulo aos mesmos (G3).

O atendimento complementar à atenção primária, visando a resolutividade do problema de saúde do usuário, ainda é frágil no município, pois há demanda reprimida para exames de tomografia, endoscopia e ultra-sonografia e para ortopedia (cirurgia e consultas). Há dificuldade em conseguir vaga fora do município e em Cuiabá. Os gestores avaliam que

há grande demanda para poucos especialistas. Para as especialidades como oncologia e otorrino não há demanda.

O município ainda não implantou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas as equipes contam com dois outros profissionais (fisioterapeuta e educadora física) que realizam atividades complementares, geralmente relacionadas ao programa de controle da hipertensão e diabetes (HIPERDIA), nas próprias unidades ou em escolas da área de abrangência das equipes. Mesmo não atuando na lógica de apoio matricial às equipes, essa iniciativa tem ampliado o vínculo entre equipe e população e o acesso aos serviços de saúde. Embora o trabalho desses profissionais seja referido como relevante, há pouco envolvimento dos demais membros da equipe, apenas os ACS participam.

Foram definidos 15 critérios avaliativos. Após a submissão ao consenso foram excluídos os critérios 06 e 11 (primeira matriz), os critérios 12, 13 e 15 foram removidos para outras diretrizes e outros critérios foram agregados. O percentual de importância atribuído variou entre 07 e 10. No consenso final resultaram 14 critérios avaliativos para essa diretriz, descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído.

Durante os grupos focais, os participantes apontaram como dificuldades que prejudicam a resolutividade da equipe a falta de manutenção, falta de equipamentos básicos e vacinas nas unidades; inadequação da estrutura das unidades de saúde da família.

Foram definidos como critérios avaliativos para a diretriz: “Resolutividade e Coordenação do Cuidado”:

1. Casos agudos resolvidos no serviço, com retorno marcado pela unidade, garantindo a longitudinalidade da atenção e uma consulta/habitante/ano;
2. Comparecimento dos usuários dos grupos de risco ou livre demanda nas consultas agendadas;
3. Comparecimento dos usuários dos grupos de risco nas atividades de grupo agendadas;
4. Materiais em quantidade e de qualidade nas USF para atender a população;
5. Encaminhamentos para a rede de serviços com preenchimento adequado do formulário de encaminhamento, conforme protocolo;
6. Retorno das orientações pelos especialistas e demais níveis de atenção da rede preenchidas de forma adequada, conforme protocolo;
7. Usuários em situação de vulnerabilidade cadastrados e acompanhados na unidade conforme protocolo;

8. Gestantes em trabalho de parto encaminhadas pela USF para maternidades de referência e internadas;
9. Solicitação de exames diagnósticos complementares, encaminhamentos e prescrição de medicamentos implementados por protocolos específicos;
10. Usuários acompanhados em atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos/necessidades dos pacientes ou no planejamento definido pela ESF;
11. Disponibilidade na USF dos medicamentos essenciais padronizados pela Atenção Básica e/ou portarias da assistência farmacêutica, inclusive Portaria 2048 (urgência e emergência), em quantidade e qualidade necessárias à comunidade;
12. Serviço de atenção complementar às ESF implementados a partir da inclusão de outros profissionais na equipe, (fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo, entre outros) ou serviços de referência às equipes (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF);
13. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados pela equipe e coordenação das USF;
14. Existência de protocolos definidos para encaminhamento de usuários para outras USF ou hospital, na ausência do médico/ enfermeiro ou de ambos, por qualquer membro da equipe;
15. Encaminhamento formal (referência) para exames e consultas especializadas conforme necessidade de atenção à saúde do usuário.

### **3.6.6. Diretriz VI - Educação Permanente**

Para CECCIM (2004, 2005), a educação permanente corresponde: a educação em serviço que valoriza os conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica objetivando a mudança das práticas; a integração dos quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço; a educação formal de profissionais sensíveis às múltiplas realidades, e vivências profissionais integrando ensino-serviço.

A saúde da família como modelo de atenção primária, que reforça a necessidade da educação permanente, passou a exigir a adoção de novas práticas como o trabalho com famílias em seu contexto e a valorização dos saberes tradicionais da comunidade. Sob o ponto de vista da atenção à saúde, requer a integralidade da atenção, a compreensão da clínica ampliada, a ação intersetorial, o trabalho em equipe, a identificação da situação epidemiológica e social da população. Quanto às relações entre equipe, usuários e comunidade, deve existir humanização do atendimento, participação dos usuários no

planejamento terapêutico com desenvolvimento da autonomia e co-responsabilização pela transformação das condições de saúde.

A educação permanente deve: a) orientar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de forma a estabelecer a aprendizagem significativa e a capacidade crítica; b) valorizar as características locais, desenvolvendo as potencialidades locais; c) introduzir mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão e mudança institucional; d) possibilitar a autonomia e responsabilização dos sujeitos sobre sua saúde; e) ser capaz de produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção, possibilitando o diálogo entre as práticas e as concepções vigentes, problematizando-as e construindo novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade (CECCIM, 2004).

A educação permanente exige ainda que profissionais e gestores assumam a postura de aprender a aprender, de construir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Daí a necessidade de implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática cotidiana do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas.

De acordo com a Política Nacional a Educação Permanente em Saúde é

aprendizagem no trabalho, pois o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações, (...) seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (...) considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, (...) exige mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios (MS, 2007a, p. 06).

Em Alta Floresta, as necessidades de capacitação são definidas pela coordenação da atenção básica juntamente com as equipes de saúde da família. Havendo disponibilidade financeira a própria Secretaria oferece os cursos ou os demanda ao Escritório Regional de Saúde, que em parceria com a Escola de Saúde Pública elabora o plano de execução.

Além do Curso Introdutório em Saúde da Família, os demais cursos que a coordenação apontou como necessários são de natureza clínica como: sala de vacina, atenção integral às doenças prevalentes na infância (AIDPI), diagnóstico para hepatites, febre amarela, hipertensão, diabetes e pré-natal de baixo risco.

A avaliação de implementação e os grupos focais apontaram como fragilidades do processo de educação permanente: a formação deficiente dos profissionais (modelo curativista) que não os prepara para além da clínica, focando na abordagem familiar; a inexistência de uma política de qualificação profissional (cursos pontuais) e a falta de profissionais com perfil adequado em virtude da rotatividade profissional e dos salários serem inferiores aos pagos na região.

Os gestores reconheceram que as equipes mais experientes e capacitadas têm maior conhecimento da comunidade e estão mais aptas a resolver os problemas da população, enquanto que, nas equipes com trocas constantes de profissionais, há falta de capacitação e os profissionais apresentam menor resolutividade.

As capacitações destacam-se para 86% dos médicos, enfermeiros e odontólogos como a prática utilizada para aprimoramento profissional, seguida pelos materiais produzidos por órgãos governamentais (81%), consultas a bibliotecas especializadas por meio da internet (76%), participação em cursos de pós-graduação e uso de periódicos especializados (48%).

A realização de atividades educativas para os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem são ações instituídas “satisfatoriamente” pelas equipes.

A primeira matriz analítica apresentava 12 critérios, aos quais foi atribuído grau de importância entre nove e dez. O consenso apontou 11 critérios avaliativos para essa diretriz, descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído.

Os **Critérios avaliativos** definidos para a **Diretriz: “Educação Permanente”** são:

1. Participação dos ACS em cursos de qualificação e/ou formação específica (técnico em ACS) e outros necessários, identificados pelo profissional e/ou equipe;
2. Profissionais das ESF comprometidos com a democratização das relações de trabalho e com a valorização da equipe multiprofissional, estimulando processos de educação permanente;
3. Capacitações nas áreas de saúde (saúde pública, saúde coletiva, medicina de família, saúde da família, gestão de cuidados) realizadas para os profissionais das ESF;
4. Mecanismos sistemáticos, implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente;
5. Agenda implementada com critérios de liberação e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente internas e externas à USF;



6. Curso Introdutório em Saúde da Família realizado com participação integral de toda a equipe, dos gestores e lideranças da comunidade.
7. Cursos de especialização nas áreas de saúde (saúde pública, saúde coletiva, medicina de família, saúde da família, gestão de cuidados) realizados para os profissionais das ESF;
8. Utilização da unidade de SF como campo de formação e estágio para atividades de ensino;
9. Participação e envolvimento da ESF nas atividades de ensino (cursos de formação técnica, capacitações);
10. Grupo de reflexão instituído pela equipe para discussão de situações complexas do cotidiano e reflexão crítica das práticas, procurando as melhores alternativas para resolvê-las;
11. Mecanismos implementados na unidade para divulgação de eventos e atividades de educação permanente internas e externas à USF.

### **3.6.7. Diretriz VII - Monitoramento e Avaliação**

Esta diretriz destaca-se das demais pela capacidade de canalizar para si o produto, resultado das outras diretrizes operativas. Em outras palavras, o monitoramento e avaliação permeiam todos os processos de gestão, de práticas das equipes possibilitando a apropriação dos resultados para melhoria do planejamento, organização do processo de trabalho e das práticas de atenção.

O monitoramento implica o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, que podem subsidiar uma avaliação. Esta por sua vez, deve ser um “procedimento habitual e cotidiano da gestão”, que de forma articulada com as ações técnicas e administrativas, integra o planejamento. Quando assumida como uma tarefa, por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, torna-se indispensável à tomada de decisões (TANAKA e MELO, 2004a).

Porém, para que a avaliação seja responsiva é fundamental levar em conta o seu processo de execução, ou seja, os parâmetros da avaliação devem ser determinados por um processo de interação e de negociação entre os envolvidos nesta ação.

Uma avaliação que envolve os principais agentes sociais (avaliação participativa) torna-se um momento de aprendizado, um instrumento de gestão, de conhecimento e

reconhecimento da prática profissional, necessária a eles na condução dos seus processos de trabalho, também denominada de avaliação em processo (CORDIOLI, 2001).

Segundo este mesmo autor, o processo participativo permite uma interação interdisciplinar e multissetorial, facilitando o surgimento de soluções mais criativas e ajustadas a cada realidade, é muito eficaz para aumentar a motivação e o entusiasmo das pessoas e contribui para a expressão do pleno potencial de uma organização.

O monitoramento e avaliação de equipes de saúde da família pressupõem a utilização e compreensão deste tipo de avaliação, a partir da análise crítica e apropriação das diretrizes que orientam a atuação profissional das equipes de saúde da família. Os critérios avaliativos definidos, neste estudo, são parâmetros que qualificam e definem a implementação ou não das diretrizes operativas do modelo saúde da família.

A proposta de Avaliação da Melhoria da Qualidade da estratégia saúde da família (AMQ), embora se assemelha a proposta deste estudo, não o inviabiliza uma vez que o instrumento de avaliação construído oferece uma resposta rápida, imediata do grau de implementação das diretrizes da saúde da família. A AMQ gera níveis de alcance da qualidade induzindo ao planejamento, exige mais dedicação e tempo das equipes, avalia a gestão, coordenação e o trabalho das equipes. Conclui-se que, tanto a AMQ, como o instrumento proposto neste estudo são auto-avaliativos, foram construídos a muitas mãos e não são excludentes. A principal diferença está na possibilidade de resposta rápida do instrumento proposto neste estudo e o tempo reduzido em sua aplicação.

Em Mato Grosso, a implementação da AMQ ainda é tímida. A Secretaria de Estado de Saúde já promoveu várias oficinas de sensibilização e divulgação, mesmo assim há poucos municípios cadastrados (14) sendo que apenas dois alimentaram o sistema. A alegação de alguns gestores e profissionais, durante visita técnica, é que o sistema trava com muita frequência, é lento e a conexão cai a todo o momento, inviabilizando o preenchimento.

Em Alta Floresta, a saúde da família é coordenada pela Gerência de Unidades Básicas de Saúde (PSF e PS), que orienta o planejamento das atividades, baseando-se nos problemas detectados pelas equipes. Esses problemas são levantados nas reuniões semanais, chamadas de “capacitações” quando toda a equipe se reúne para planejar e organizar o processo de trabalho.

Mensalmente, ocorre uma reunião de condução ampliada, com participação dos profissionais de nível superior e equipe de coordenação, visando aproximar profissionais e gestores. Anualmente, as equipes de saúde da família elaboram o Plano de Trabalho, em consonância com o Plano Municipal de Saúde.

As condições de saúde da população de Alta Floresta são monitoradas por meio dos indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde, principalmente pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os relatórios são encaminhados pelo Centro de Processamento de Dados, Gerência de Informação em Saúde, diretamente às equipes de SF e não à coordenação, gerando fragilidades no monitoramento e conflitos entre os setores, embora vise a integração.

O SIAB fica lá e quando preciso não tenho, é como se eu não tivesse direito a ele (G2).

As ferramentas utilizadas pela coordenação da atenção básica para acompanhamento das equipes de saúde da família são: a) reuniões de condução mensais com as equipes pela coordenação, b) análise dos relatórios mensais das equipes e dos indicadores do Pacto da Saúde, c) análise dos encaminhamentos ao hospital (auditoria), d) pesquisa de satisfação dos usuários, e por meio do próprio controle social (ouvidoria e conselho).

O trabalho das equipes é avaliado mensalmente pela coordenação por meio da análise dos indicadores de produtividade. Alguns indicadores são acompanhados semanalmente, como é o caso da hanseníase, tuberculose e pré-natal. Os resultados desta análise são repassados formalmente às equipes e discutidos nas reuniões de condução. No entanto, os profissionais consideram que há distanciamento entre a coordenação e as equipes de saúde da família e o contato com o secretário de saúde é praticamente inexistente.

A avaliação da satisfação dos usuários é realizada em todas as unidades de saúde da família. Semanalmente, os resultados são consolidados, analisados e discutidos pelos próprios profissionais das equipes. Na reunião de condução são socializadas as quatro reclamações mais frequentes.

Os grupos focais destacaram que é preciso dar mais valor a este instrumento de avaliação, embora a pesquisa de implementação tenha apontado que a existência e utilização de mecanismos para acolher as necessidades, críticas e sugestões da população são ações instituídas “satisfatoriamente” pelas equipes.

As práticas de gestão da atenção básica utilizadas em Alta Floresta não diferem daquelas encontradas na avaliação do desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil (FACCHINI et al., 2006). Destacam-se as reuniões com a coordenação, a produção de relatórios do SIAB e o acompanhamento dos indicadores e a participação do Conselho Municipal de Saúde. Embora o Escritório Regional realize atividades de supervisão de caráter formativo, os relatórios não foram referidos pelos gestores e profissionais, porém destacou-se o papel do ERS na implementação da estratégia.

Destaca-se como importante iniciativa a realização de reuniões semanais de planejamento nas equipes, a existência de mecanismos de acompanhamento da satisfação dos usuários e a existência de protocolos de regulação integrados.

Algumas situações têm influenciado a condução da organização da atenção, como a existência da coordenação da atenção instalada em prédio separado do gestor, dificultando a comunicação entre a coordenação e as equipes de saúde da família principalmente no repasse de informações às equipes de SF, e a dificuldade dos profissionais em acessar o secretário. Os relatórios de supervisão das equipes de saúde da família, realizados pelo Escritório Regional, são repassados ao Conselho Municipal de Saúde, nas suas reuniões.

Os participantes dos grupos focais chamaram atenção para que

qualquer processo de avaliação de saúde da família deve ser sistemático e participativo, incluindo o usuário no processo avaliativo (U1).

Deve ser avaliada a estrutura física (materiais e equipamentos) das unidades, para que de fato, possa promover mudanças efetivas.

A primeira matriz definida para esta diretriz possuía sete critérios e foram acrescentados outros dois. O valor atribuído ao grau de importância variou entre nove e dez. Os **Críticos avaliativos** definidos para a **Diretriz “Monitoramento e Avaliação”** são os seguintes:

1. Fechamento dos relatórios e avaliação mensal do SIAB realizados com participação da equipe;
2. Devolução periódica dos resultados das avaliações de supervisão, dos consolidados mensais dos dados dos Sistemas de informação (SINAN, SIM, SINASC, SIAB) para conhecimento e monitoramento dos indicadores pela ESF;
3. Avaliação das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho;
4. A ESF monitora o tempo gasto para realização de exames diagnóstico dos usuários encaminhados pela Unidade de Saúde da Família;

5. Estratégias implementadas de monitoramento das ações planejadas e executadas pela ESF;
6. Mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários implementado, com plano de divulgação e discussão com usuários, trabalhadores e gestores;
7. Mecanismos de avaliação das condições de trabalho, de processo e de satisfação dos profissionais instituído;
8. Utilização dos resultados das diversas avaliações pela ESF para elaboração dos planos de trabalho;
9. Serviço para escuta dos usuários implementado, com divulgação do resultado das avaliações.

### **3.6.8. Diretriz VIII - Participação da Comunidade e Controle Social**

Foi consenso durante a submissão da primeira matriz de análise que a participação e o controle social da comunidade deveriam tornar-se uma diretriz específica pela sua relevância na saúde da família.

Destaca-se nesta diretriz, a organização da atenção primária como princípio do SUS. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, esse princípio implica a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (MS, 1999a).

Os grupos focais compreenderam que a participação da comunidade refere-se a todas as atividades que envolvem a população. Implica sensibilizar e estabelecer o diálogo com a comunidade acerca da proposta saúde da família, envolvê-la na organização e planejamento das atividades da equipe. Nesta dimensão destaca-se a importância em fortalecer parcerias com empresas, associações e Igrejas. E ainda o trabalho conjunto com as lideranças e representantes sociais das organizações locais (associação de moradores, cooperativas de trabalho, associações de profissionais). São estas relações que possibilitam a promoção da saúde para além das ações tradicionais de saúde.

Para STRALEN et al. (2006), o processo de reestruturação da atenção à saúde, a partir da saúde da família, envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, os conselhos têm papel estratégico, não

apenas como instâncias de controle social e *accountability*, mas como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõe.

Os conselhos (gestor e municipal) contribuem para a melhoria da atenção básica, redirecionam prioridades e tornam mais transparente a alocação de recursos, melhoram a eficiência da gestão pública, e a relação entre a gestão municipal e a comunidade (STRALEN et al., 2006).

O controle social caracteriza-se pela representatividade da população no Conselho de Saúde, pela participação das lideranças sociais desta população.

Segundo as discussões dos grupos focais, na saúde da família é fundamental a existência de um conselho gestor local, para fortalecer o Conselho Municipal e apoiar o trabalho das equipes, ampliando vínculo entre profissionais, comunidade e instituições (lideranças, associações e movimentos sociais), favorecendo o comprometimento e a co-responsabilização.

A avaliação de implementação apontou como ações que envolvem a participação da comunidade e o controle social realizadas de forma “insatisfatória” pelas equipes são as seguintes:

- avaliação periódica das metas e indicadores e reelaboração do planejamento junto com a comunidade;
- realização de parcerias com ONGS;
- estímulo à organização do conselho gestor na comunidade, pela equipe;
- realização de debates envolvendo os temas de cidadania, direitos a saúde e funcionamento do SUS com a comunidade;
- participação da comunidade nas atividades da unidade;
- realização de ações com/em conselhos da comunidade;
- consolidação dos indicadores de saúde na unidade, propondo junto à comunidade e ao gestor estratégias de melhoria.

Os conselheiros de saúde participam de algumas reuniões de planejamento e acompanham o trabalho das equipes por meio das comissões especiais.

Ao invés de orientar, capacitar e auxiliar o aprimoramento das práticas, a auditoria tem atuado como controle, punição e repressão, causando desmotivação nos profissionais das equipes.

O envolvimento da comunidade nas atividades das equipes de saúde da família foi tema recorrente na discussão dos grupos, sugerindo a implantação de conselhos gestores locais em todas as unidades.

Tais Conselhos teriam a responsabilidade de apoiar o trabalho das equipes, envolver os profissionais das equipes com a comunidade e instituições da área de abrangência (escolas, creches, movimentos sociais); e ainda a importância de fortalecer o Conselho Municipal, favorecendo o comprometimento e a co-responsabilização entre setor saúde e munícipes.

Oito critérios avaliativos foram identificados para essa diretriz, que na segunda submissão aos especialistas (primeira como diretriz específica), resultou em consenso para todos os critérios com grau de importância atribuído entre 9 e 10. Esses oito **critérios avaliativos** são descritos hierarquicamente abaixo, conforme grau de importância atribuído. São eles:

1. Realização de reuniões e/ou atividades de sensibilização da população sobre o modelo Saúde da Família pela ESF.
2. Participação da população na elaboração do plano local para enfrentamento dos determinantes do processo de adoecimento da população;
3. Participação da comunidade na definição, pactuação e avaliação dos mecanismos que organizam a unidade de saúde família;
4. Estímulo à implementação do Conselho Gestor da unidade de saúde e de outros mecanismos para desenvolvimento da consciência e da cidadania pela equipe de saúde da família;
5. Acompanhamento das ações das equipes de saúde da família pelo Conselho Municipal de Saúde;
6. Participação de membros do Conselho Gestor Local nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde;
7. Participação da população nas ações educativas e de promoção à saúde desenvolvida pelas equipes de saúde da família;
8. Utilização da Ouvidoria e do Conselho Municipal pela população para sugerir, reclamar e denunciar questões relacionadas às unidades de saúde da família;

### 3.7. O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A definição das diretrizes operacionais das equipes de saúde da família e dos critérios avaliativos resultou no instrumento de avaliação das diretrizes da saúde da família, que possibilita a avaliação das práticas dos profissionais na implementação das diretrizes de saúde da família, definidas neste estudo.

Para cada critério avaliativo existem cinco opções para escolha, com percentual de implementação do critério, conforme a legenda.

- ☺ **O** – Ótimo = 80 a 100%;
- ☺ **B** – Bom = 60 a 79%;
- ☺ **R** – Regular = 40 a 59%;
- ☹ **F** – Fraco = 20 a 39%;
- ☹ **P** – Péssimo = 0 a 19%.

A soma total desses percentuais dividido pelo número de critérios de cada diretriz resultará no percentual de alcance da diretriz, ou seja, seu grau de implementação.

- ☺ Igual ou superior a 80% – **implementação satisfatória**;
- ☺ Entre 60 a 79% - **implementação regular**;
- ☹ Entre 40 a 59% - **implementação incipiente**;
- ☹ Inferior a 39% - **implementação insatisfatória**.

Para facilitar a aplicação, este instrumento de avaliação está sendo desenvolvido em sistema via web, firebird, que facilitará a utilização, a geração de gráficos e relatórios, que indicam o estágio de implementação das diretrizes e dos critérios pela equipe.

Este instrumento integrará o Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária/ Saúde da Família, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso que contempla vários formulários de coleta de dados: a) cadastro de todos os profissionais que atuam nas unidades de atenção primária e de apoio matricial; b) cadastro da estrutura física das unidades de atenção primária/saúde da família; c) planilha de acompanhamento das ações de saúde bucal e saúde da família; d) instrumento de avaliação de implementação das diretrizes da saúde da família, produto final deste estudo, dentre outros que poderão vir a



constituir como avaliação da gestão, dos núcleos de apoio às equipes de saúde da família, da satisfação dos usuários.

Este sistema de monitoramento e avaliação permitirá, ao final da coleta dos dados, realizada pelos técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde durante visita in loco nas unidades de saúde municipais, que o sistema gere um relatório automático, a partir do qual desencadeiam-se uma série de ações de orientação com gestores, equipes de coordenação, profissionais, conselho de saúde entre outros parceiros, visando a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas e estabelecendo prazos para regularização.

Acredita-se que a realização do monitoramento e avaliação permanente da atenção primária/ equipes de saúde da família, utilizando o instrumento fruto deste estudo poderá:

- auxiliar a mudança das práticas e o modo de atuação dos agentes envolvidos, tendo em vista que as diretrizes e critérios avaliativos foram definidos no coletivo;
- auxiliar no direcionamento do processo de educação permanente;
- possibilitar a análise crítica do grau de implementação das diretrizes de saúde da família, de forma prática;
- estimular a busca pela integralidade do cuidado;
- ampliar a capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, facilitando o planejamento das ações em conjunto com a comunidade e gestores;
- subsidiar a elaboração de documentos técnicos (relatórios de gestão, planos de trabalho);
- melhorar o acolhimento, a escuta e o cuidado ao usuário e sua família;
- facilitar a institucionalização da avaliação;
- ampliar a capacidade de percepção dos profissionais frente às necessidades da população;
- motivar a equipe ao alcance de melhores níveis de implementação das diretrizes de saúde da família;
- induzir novos processos avaliativos, de valorização e fixação profissional, estímulo à participação e envolvimento com a comunidade, visando a busca permanente de melhoria do cuidado dispensado pelas equipes de saúde da família, fortalecendo com isso a capacidade técnica/profissional e de gestão.

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Município:**

**Escritório Regional de Saúde:**

**Nome da Unidade de Saúde da Família:**

**Data de preenchimento do questionário:**

**Número de profissionais que participaram:**

**Responsável pelo Preenchimento:**

### *1ª Diretriz: Acesso da população à unidade de SF*

#### Avalie cada critério - Siga a Legenda

Avalie cada critério - Siga a Legenda						
O – Ótimo (80 – 100%)	B – Bom (60 – 79%)	R – Regular (40 – 59%)	F – Fraco (20 – 39%)	P – Péssimo (0 – 19)		
Nº	Critérios avaliativos	O	B	R	F	P
1.	A USF está implantada próximo à população, dentro da área de abrangência da equipe?					
2.	Existem estratégias definidas para reduzir as filas e o tempo de espera dos usuários conforme suas necessidades de atenção?					
3.	O número de famílias por equipe de SF está de acordo com a Portaria 648/06? (3 a 4 mil pessoas)?					
4.	Todas as famílias recebem a visita dos ACS pelo menos uma vez ao mês?					
5.	Os usuários são acolhidos e atendidos de forma resolutiva, de acordo com suas necessidades?					
6.	A equipe de SF está composta (em número e perfil profissional) de acordo com as necessidades de saúde da comunidade assistida?					
7.	A comunidade reconhece os ACS como elo de ligação entre a equipe de SF e suas famílias?					
8.	Os usuários procuram a USF em primeiro lugar, antes de buscar outro serviço, exceto em urgências? (hospital/Pronto atendimento)					
9.	A equipe de SF tem um telefone/fax disponível, durante o funcionamento da unidade, para marcação de consultas e informações?					
10.	Existem períodos alternativos para atendimento dos trabalhadores que não podem freqüentar a USF durante o dia?					
11.	Todos os profissionais da equipe de SF realizam visita domiciliar, quando necessária ou apontada pelo ACS, enquanto atividade sistemática da equipe?					
12.	A equipe de SF possui mecanismos de divulgação das normas e rotinas da USF para a população?					
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>						
☺ <b>Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		☹ <b>Regular</b> Entre 60 a 79%		☹ <b>Incipiente</b> Entre 40 a 59%		☹ <b>Insatisfatório</b> Inferior a 39%

<b>2ª Diretriz: Conhecimento da população adscrita pela equipe</b>						
<b>Avalie cada critério - Siga a Legenda</b>						
<b>O – Ótimo</b> (80 – 100%)		<b>B – Bom</b> (60 – 79%)	<b>R – Regular</b> (40 – 59%)	<b>F – Fraco</b> (20 – 39%)	<b>P – Péssimo</b> (0 – 19)	
<b>Nº</b>	<b>Crítérios avaliativos</b>	<b>O</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
1.	A equipe conhece e apresenta à comunidade o diagnóstico dos problemas/agravos mais comuns da população adscrita planejando com ela a forma de enfrentá-los?					
2.	A equipe de SF utiliza o mapeamento e cadastramento para conhecer e diagnosticar as características sócio-demográficas e epidemiológicas das famílias adscritas?					
3.	A equipe de SF conhece os problemas/agravos menos comuns da população, mas que impõem risco de morte ou de adoecer, planejando com a comunidade a forma de enfrentá-los?					
4.	A equipe de SF identifica pelo nome as famílias e seus membros e conhece o meio social em que vivem?					
5.	A equipe de SF conhece os usuários e famílias mais vulneráveis (membros doentes, idosos, acamados, portadores de necessidades especiais, alcoólatras, desempregados, problemas mentais)?					
6.	Os usuários da USF identificam os profissionais pelo nome e pelas funções exercidas junto à equipe?					
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>						
<b>☺ Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		<b>☺ Regular</b> Entre 60 a 79%	<b>☹ Incipiente</b> Entre 40 a 59%	<b>☹ Insatisfatória</b> Inferior a 39%		

### 3ª Diretriz: Qualidade e Integralidade do Cuidado (acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe com a comunidade).

Avalie cada critério - Siga a Legenda						
O – Ótimo (80 – 100%)		B – Bom (60 – 79%)	R – Regular (40 – 59%)	F – Fraco (20 – 39%)	P – Péssimo (0 – 19)	
Nº	Crítérios avaliativos	O	B	R	F	P
1.	Há registro adequado nos prontuários familiares únicos da anamnese, queixas, problemas, condutas, retornos e dados de relevância para o planejamento e acompanhamento da atenção individual e familiar?					
2.	A equipe de SF assiste as pessoas em sua totalidade, respeitando suas peculiaridades individuais e coletivas, de forma organizada, na unidade ou no domicílio e ao longo do tempo?					
3.	A equipe de SF considera a realidade sócio-econômica e cultural do usuário e sua família durante todo o processo de cuidado e acompanhamento?					
4.	A equipe de SF define junto com o usuário a conduta terapêutica que melhor se adapte as suas condições sócio-econômicas?					
5.	A equipe de SF tem como foco de atuação as necessidades de saúde das famílias, a promoção, proteção e a recuperação da saúde da comunidade?					
6.	Toda a equipe de SF trata com respeito e de forma humanizada seus usuários?					
7.	A equipe de SF acompanha todos os casos encaminhados aos serviços de referência?					
8.	A estrutura física da unidade possui condições que favorecem o acolhimento das pessoas com dignidade?					
9.	As famílias e usuários confiam e possuem vínculo com a equipe de SF?					
10.	A equipe de SF incentiva, o usuário e sua família, a co-responsabilizar-se pela conduta terapêutica/tratamento individual ou familiar?					
11.	A equipe de SF desenvolve ações educativas e intersetoriais por meio de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, para enfrentamento dos agravos de saúde identificados?					
12.	A equipe de SF utiliza outras práticas integrativas e complementares em saúde no processo de cuidado dos usuários e famílias, tais como: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia, entre outras?					
13.	Há atendimento domicilia por qualquer um dos profissionais da equipe aos usuários e familiares conforme suas necessidades, instituído a partir de protocolos?					
14.	Durante a realização dos cuidados e na prescrição de medicamentos os profissionais da equipe consideram as condições (sócio-econômica-cultural) individuais e familiares?					
15.	A equipe de SF prioriza o atendimento a partir do conhecimento das necessidades da comunidade?					
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>						
☺ <b>Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		☹ <b>Regular</b> Entre 60 a 79%		☹ <b>Incipiente</b> Entre 40 a 59%		☹ <b>Insatisfatória</b> Inferior a 39%

#### 4ª Diretriz: Trabalho em Equipe e autonomia profissional /equipe.

Avalie cada critério - Siga a Legenda							
O – Ótimo (80 – 100%)		B – Bom (60 – 79%)		R – Regular (40 – 59%)			
F – Fraco (20 – 39%)		P – Péssimo (0 – 19)					
Nº	Crítérios avaliativos	O	B	R	F	P	
1.	Todos os membros da equipe de SF participam das reuniões de planejamento, capacitação e avaliação das ações realizadas?						
2.	A equipe multiprofissional está completa com atribuições definidas coletivamente?						
3.	Todos os membros da equipe de SF utilizam o prontuário do usuário para anotações, inclusive os ACS? (achados durante a visita, dificuldades na aquisição de medicamentos, uso correto da medicação, complicações ou queixas)						
4.	A ESF desenvolve projetos de saúde coletiva embasados na clínica ampliada a partir das necessidades da população?						
5.	Existem mecanismos de organização e acolhimento da demanda da USF (horários das visitas domiciliares, atendimento e procedimentos) implementados pela ESF?						
6.	Estão implementadas na USF as atribuições específicas de cada categoria profissional constante na Política Nacional de Atenção Básica?						
7.	Existem mecanismos instituídos para ampliação do diálogo entre profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção?						
8.	A equipe promove ações que estimulem a participação de todos os membros nas decisões, fortalecendo e autodesenvolvimento profissional?						
9.	Existe implementado um projeto de integração com os demais níveis de atenção da rede, juntamente com a equipe de SF, definindo fluxos e responsáveis pelo acompanhamento, atenção especializada e hospitalar, maternidades e serviços de referência, apoio diagnóstico e diagnóstico?						
10.	O diagnóstico da situação de saúde e o plano de ação da equipe são construídos em conjunto com a equipe interdisciplinar, comunidade /conselho gestor contemplando objetivos, metas, prazos e indicadores de avaliação (PTA, PTM)?						
11.	A USF possui prontuário familiar integrado (único) implementado para anotações das condições de saúde dos usuários e famílias?						
12.	Os membros da equipe participam nos grupos de gestantes, idosos, adolescentes, crianças entre outros?						
13.	Todos os profissionais da equipe de SF se envolvem com as atividades complementares desenvolvidas por outros profissionais, na unidade ou na comunidade?						
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>							
☺ <b>Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		☹ <b>Regular</b> Entre 60 a 79%		☹ <b>Incipiente</b> Entre 40 a 59%		☹ <b>Insatisfatória</b> Inferior a 39%	

## 5ª Diretriz: Resolutividade e Coordenação do Cuidado.

**Avalie cada critério - Siga a Legenda**

		O – Ótimo (80 – 100%)	B – Bom (60 – 79%)	R – Regular (40 – 59%)	F – Fraco (20 – 39%)	P – Péssimo (0 – 19)	
Nº	Crítérios avaliativos	O	B	R	F	P	
1.	Há disponibilidade de materiais e medicamentos em quantidade e de qualidade nas USF para atender a população adscrita?						
2.	Os formulários de encaminhamento para a rede de serviços são preenchidos de forma adequada conforme protocolo?						
3.	As orientações dos especialistas e dos demais níveis de atenção da rede retornam à USF preenchidas de forma adequada, conforme protocolo?						
4.	Os usuários em situação de vulnerabilidade são cadastrados e acompanhados na unidade conforme protocolo?						
5.	As gestantes em trabalho de parto encaminhadas pela USF para maternidades de referência são internadas?						
6.	Existem protocolos específicos implementados para prescrição de medicamentos, solicitação de exames diagnósticos complementares e para encaminhamentos?						
7.	Os usuários são acompanhados em atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos/necessidades dos pacientes ou no planejamento definido pela ESF?						
8.	Há disponibilidade na USF dos medicamentos essenciais padronizados pela Atenção Básica e/ou portarias da assistência farmacêutica, inclusive Portaria 2048 (urgência e emergência), necessários à comunidade?						
9.	Nos casos agudos resolvidos no serviço, os retornos são marcados pela unidade, garantindo a longitudinalidade da atenção e uma consulta/habitante/ano?						
10.	Existem serviços de atenção complementar que inclui outros profissionais na equipe, (fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo, entre outros) ou serviços de apoio às equipes (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF) implementados?						
11.	Existem protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados pela equipe e coordenação das USF?						
12.	Os usuários dos grupos de risco ou livre demanda comparecem nas consultas agendadas?						
13.	Os usuários dos grupos de risco comparecem nas atividades de grupo agendadas?						
14.	Existem protocolos definidos para encaminhamento de usuários para outras USF ou hospital, na ausência do médico/ enfermeiro ou de ambos, por qualquer membro da equipe?						
15.	Existem protocolos definidos para encaminhamento formal (referência) para exames e consultas especializadas conforme necessidade de atenção à saúde do usuário?						
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>							
<b>☺ Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		<b>☹ Regular</b> Entre 60 a 79%		<b>☹ Incipiente</b> Entre 40 a 59%		<b>☹ Insatisfatória</b> Inferior a 39%	

<b>6ª Diretriz: Educação Permanente.</b>							
<b>Avalie cada critério - Siga a Legenda</b>							
<b>O – Ótimo</b> (80 – 100%)		<b>B – Bom</b> (60 – 79%)	<b>R – Regular</b> (40 – 59%)	<b>F – Fraco</b> (20 – 39%)	<b>P – Péssimo</b> (0 – 19)		
<b>Nº</b>	<b>Crítérios avaliativos</b>	<b>O</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>P</b>	
1.	Os ACS participam de cursos de qualificação e/ou formação específica (técnico em ACS) e outros necessários, identificados pelo profissional e/ou equipe?						
2.	Os profissionais das equipes de SF estimulam processos de educação permanente, comprometendo-se com a democratização das relações de trabalho e com a valorização da equipe multiprofissional?						
3.	Os profissionais das equipes de SF receberam capacitações nas áreas de saúde (saúde pública, saúde coletiva, medicina de família, saúde da família, gestão de cuidados)?						
4.	Existem mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente?						
5.	Existe implementada uma agenda com critérios de liberação e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente internas e externas à USF?						
6.	O Curso Introdutório em saúde da família foi realizado com a participação integral de toda a equipe, dos gestores e lideranças da comunidade?						
7.	Os profissionais das equipes de SF possuem cursos de especialização nas áreas de saúde (saúde pública, saúde coletiva, medicina de família, saúde da família, gestão de cuidados)?						
8.	A unidade de SF é utilizada para atividades de ensino (campo de estágio)?						
9.	A equipe de SF participa e se envolve nas atividades de ensino realizadas na USF (cursos de formação técnica, capacitações)?						
10.	Existe instituído pela equipe um grupo de estudo para discussão de situações complexas do cotidiano, com reflexão crítica das práticas, procurando as melhores alternativas para resolvê-las?						
11.	Existem mecanismos implementados na unidade para divulgação de eventos e atividades de educação permanente internas e externas à USF?						
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>							
<b>☺ Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		<b>☺ Regular</b> Entre 60 a 79%		<b>☹ Incipiente</b> Entre 40 a 59%		<b>☹ Insatisfatória</b> Inferior a 39%	

<b>7ª Diretriz: Monitoramento e Avaliação.</b>							
<b>Avalie cada critério - Siga a Legenda</b>							
<b>O – Ótimo</b> (80 – 100%)		<b>B – Bom</b> (60 – 79%)	<b>R – Regular</b> (40 – 59%)	<b>F – Fraco</b> (20 – 39%)	<b>P – Péssimo</b> (0 – 19)		
<b>Nº</b>	<b>Crítérios avaliativos</b>	<b>O</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>P</b>	
1.	Os resultados das avaliações de supervisão dos consolidados mensais dos dados dos Sistemas de informação (SINAN, SIM, SINASC, SIAB) são devolvidos (regularmente) para as equipes visando o conhecimento e monitoramento dos indicadores?						
2.	Todos os membros da equipe de SF participam do fechamento dos relatórios e da avaliação mensal do SIAB?						
3.	A equipe de SF avalia as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho e a satisfação dos usuários?						
4.	A equipe de SF monitora o tempo gasto para realização de exames diagnóstico dos usuários encaminhados pela Unidade de Saúde da Família?						
5.	A equipe de SF possui alguma estratégia de monitoramento das ações planejadas e executadas?						
6.	Existe algum mecanismo de avaliação da satisfação dos usuários implementado, com divulgação dos resultados e discussão com usuários, trabalhadores e gestores?						
7.	Há instituído mecanismos de avaliação das condições de trabalho, de processo e de satisfação dos profissionais?						
8.	A equipe de SF utiliza os resultados das diversas avaliações para elaboração dos planos de trabalho?						
9.	Existe implementado um serviço para escuta dos usuários, com divulgação do resultado das avaliações?						
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>							
<b>☺ Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		<b>☹ Regular</b> Entre 60 a 79%		<b>☹ Incipiente</b> Entre 40 a 59%		<b>☹ Insatisfatória</b> Inferior a 39%	



<b>8ª Diretriz: Participação da comunidade e controle social.</b>						
<b>Avalie cada critério - Siga a Legenda</b>						
<b>O – Ótimo</b> (80 – 100%)		<b>B – Bom</b> (60 – 79%)	<b>R – Regular</b> (40 – 59%)	<b>F – Fraco</b> (20 – 39%)	<b>P – Péssimo</b> (0 – 19)	
<b>Nº</b>	<b>Crítérios avaliativos</b>	<b>O</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
1.	A equipe de SF realiza reuniões e/ou atividades de sensibilização da população sobre a saúde da família?					
2.	A comunidade participa na definição, pactuação e avaliação dos mecanismos que organizam a USF?					
3.	A equipe de SF estimula a implementação do Conselho Gestor da USF e de outros mecanismos para desenvolvimento da conscientização e da cidadania?					
4.	A equipe de SF acompanha as ações do Conselho Municipal de Saúde?					
5.	Membros do Conselho Gestor local participam das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?					
6.	A comunidade participa das ações educativas e de promoção à saúde desenvolvidas pela equipe de SF?					
7.	A população utiliza a Ouvidoria e o Conselho Municipal para sugerir, reclamar e denunciar questões relacionadas as USF?					
8.	A população participa na elaboração do plano local para enfrentamento dos determinantes do processo de adoecimento da comunidade?					
<b>RESULTADO: Diretriz implementada de forma:</b>						
<b>☺ Satisfatória</b> Igual ou superior a 80%		<b>☺ Regular</b> Entre 60 a 79%		<b>☹ Incipiente</b> Entre 40 a 59%		<b>☹ Insatisfatória</b> Inferior a 39%

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de implementação possibilitou caracterizar o Sistema Único de Saúde e analisar a implementação das equipes saúde da família, em Alta Floresta. Posteriormente, com a participação dos agentes envolvidos, foram identificadas as diretrizes norteadoras da saúde da família e os critérios avaliativos, na elaboração de um outro instrumento de avaliação.

Alta Floresta é um município jovem (30 anos), com baixo dinamismo populacional (taxa de crescimento de 0,1%), população predominantemente urbana (80%) e médio desenvolvimento humano (IDH DE 0,779). É município pólo, habilitado na Gestão Plena do Sistema, sede de módulo assistencial e do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

A instituição do SUS municipal reafirma os princípios constitucionais e garante as estruturas básicas necessárias à conformação do sistema, com destaque à Auditoria e à Ouvidoria. O Conselho Municipal de Saúde organiza seu trabalho a partir das comissões, ampliando o acompanhamento da execução da política de saúde. Há envolvimento da Promotoria Pública e da Câmara Municipal nas ações de saúde, que reforçam o controle social. O gestor municipal da saúde detém autonomia, é ordenador de despesas e o município tem garantido aplicação dos recursos próprios, de acordo com a EC 29.

Alta Floresta conta com parcerias intersetoriais, destacando-se: o apoio da Secretaria de Estado de Saúde garantido pelo Escritório Regional de Saúde e do COSEMS. O processo de formação e educação permanente tem sido oferecido pela Escola de Saúde Pública, em conjunto com o Escritório Regional de Saúde e pela Universidade Federal de Mato Grosso.

A saúde da família foi priorizada no Plano Municipal de Saúde como estratégia de reorganização da atenção primária no município e garante acesso a 78,29% da população. A Coordenação e Gerência da Atenção Básica fazem o gerenciamento das equipes da saúde da família. As reuniões de condução, os protocolos e a avaliação de satisfação dos usuários destacam-se como importantes instrumentos gerenciais. A elaboração do Termo de Ajuste de Conduta resultou em melhorias na estrutura física e na aquisição de equipamentos para as unidades de saúde da família.

Para os gestores, a saúde da família é reconhecida como porta de entrada para o sistema, porém, para que esta estratégia se consolide como modelo de atenção deve responder aos desafios de ampliar o comprometimento dos profissionais; de investir na

capacitação, indo além das dimensões técnicas; de criar condições de fixação dos profissionais, diminuindo a alta rotatividade; de democratizar a gestão e de melhorar a estrutura física das unidades.

Na percepção dos profissionais, a saúde da família reforça o vínculo entre população e equipe (88%), tem a família como foco da assistência (71%) e muda substancialmente o modelo de atenção (59%). As fragilidades apontadas dizem respeito a pouca resolutividade das equipes, baixa participação da comunidade e principalmente pelo distanciamento entre gestores e profissionais.

Enquanto realização das atividades, destaca-se os programas vinculados a tradição mais antiga do Ministério da Saúde e as práticas tradicionais da saúde pública no Brasil, como realizados “satisfatoriamente” pelas equipes: saúde materno-infantil, controle das doenças crônicas (hipertensão e diabetes mellitus), transmissíveis (hepatite) e endêmicas (dengue). Já os programas de instituição mais recentes como saúde do adolescente, homem adulto, idoso e saúde mental, predominam ações realizadas de forma “regular” ou “incipiente”.

Nas ações de saúde bucal prevalece o foco no modelo curativo sobre o preventivo e ações educativas.

As ações de acompanhamento dos usuários além da unidade de saúde, o envolvimento das famílias nas atividades das equipes, o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e o monitoramento e avaliação, em sua maioria são realizadas de forma “insatisfatória” pelas equipes.

Os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde identificaram que as equipes de saúde da família são importantes para a saúde da população e reconhecem que os usuários desconhecem a proposta, pela baixa participação nas atividades das equipes. Apontam para a necessidade da qualificação profissional e da melhoria das condições de trabalho, visando aumentar a resolutividade da atenção à saúde.

Algumas situações como equipes incompletas (falta de ACS), deficiência das Unidades de Saúde da Família (USF), dificuldades de acesso da população a algumas USF, existência de filas em outras e a falta de qualificação adequada dos profissionais descaracterizam a saúde da família, como estratégia de mudança do modelo de atenção.

O segundo momento, de construção do instrumento de avaliação, possibilitou a identificação de oito diretrizes norteadoras da atuação dos envolvidos com a saúde da família. São elas: Acesso da população à unidade de saúde da família; conhecimento da população adscrita pela equipe multiprofissional; qualidade e integralidade da atenção (acolhimento, vínculo e comprometimento da equipe com a comunidade); trabalho em equipe e autonomia profissional/equipe; resolutividade e coordenação do cuidado; educação permanente; monitoramento e avaliação; e participação da comunidade e controle social.

Salienta-se que as diretrizes definidas contemplaram os aspectos apontados como frágeis, durante a avaliação de implementação e foram reconhecidas novas situações que precisam deter o foco das equipes e dos gestores no monitoramento e na avaliação.

O processo de construção coletiva das diretrizes e critérios possibilitou aprofundar alguns aspectos identificados na avaliação de implementação e reforçou a necessidade de envolver os diversos agentes sociais que integram o sistema de saúde, favorecendo a formação, a reflexão das práticas, a troca de experiências e, a compreensão da proposta saúde da família a partir do olhar do outro. O debate nos grupos mostrou que os participantes reconhecem a saúde da família como um modelo de atenção em construção, com limitações a serem superadas, entre as quais, a avaliação.

A apropriação da metodologia de avaliação participativa possibilitou incluir os grupos que detêm interesses no processo avaliativo e ampliar o debate sobre aspectos a serem avaliados da saúde da família. Proporcionou que o processo se tornasse formativo, favoreceu a capacitação dos envolvidos e a desmistificação da avaliação, como atividade punitiva, reconhecendo-a como ação inerente à prática, capaz de auxiliar a tomada de decisão e o planejamento da equipe.

Diante do exposto e visando a estruturação e qualificação da atenção primária a partir da consolidação da saúde da família como modelo de atenção, apresenta-se à gestão municipal algumas recomendações como: priorizar os recursos financeiros à atenção primária; ampliar a cobertura de saúde da família, principalmente saúde bucal; investir na estrutura física das unidades; democratizar os processos de gestão, elaborar um plano de gestão de pessoas e de qualificação.

Quanto ao instrumento de avaliação construído percebe-se que este é sensível à realidade local, pois absorveu os aspectos ou características que apareceram como fragilidades na avaliação de implementação.

O não envolvimento de todos os profissionais das equipes de saúde da família (nível médio e agentes comunitários de saúde), de representantes dos serviços complementares (rede de apoio diagnóstico e hospital) pode ser apontado como limitações deste estudo.

Acredita-se que o instrumento avaliativo construído é uma ferramenta viável para avaliar o grau de implementação das diretrizes da saúde da família, que possibilita o repensar da prática profissional, capaz de reorientar a atuação, ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Lei N.º 381 publicada em 30/11/91 cria o Fundo Municipal de Saúde; 1991.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Lei N.º 865, publicada em 26/05/99 Cria o Conselho Municipal de Saúde; 1999.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Lei N.º 1106 publicada em 02 de janeiro de 2002, regulamenta a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Alta Floresta; 2002.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Orgânica da Saúde do Município de Alta Floresta. 2ª Edição, 2004.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Lei N.º 1458, altera a Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde; 2006a.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Plurianual de Saúde. 2006b.
- Alta Floresta. Câmara Municipal de Vereadores. Secretaria Municipal de Saúde. Organograma Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
- Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. IN: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição. Hucitec. Ed. Fiocruz, 2006; p. 782 – 836.
- Arretche MTS. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico EM. (organizador). et al. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 1998.
- Baker QE, Davis DA, Gallerani R, Sánchez V, Viadro C. Uma Estrutura de Avaliação para os Programas de Saúde da Comunidade. Produzido por Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000. Baseado em: Estrutura para Avaliação de Programas na Área de Saúde Pública (Centros de Controle e Prevenção de Doenças) Caixa de Ferramentas da Comunidade: Uma Estrutura para Avaliação de Programas (University of Kansas).
- Barrozo JC. (organizador). Mato Grosso do sonho à utopia da terra. Cuiabá: EdUFMT; 2008.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D, FREITAS CM (organizadores). Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2003, 8:2; p. 569-584.

Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. supl 1; 5: s63 – s69; 2005.

Canesqui AM, Spinelli MAS. Avaliação do processo de implementação do Programa de Saúde da família em municípios do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso; 2004.

Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9): 1881 –1892; 2006.

Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4): 862 – 870; 2008.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Universidade Federal de São Paulo, SP. 1996.

Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 16:2, p. 507-515; 2000.

Carvalho AI. Da saúde Pública às Políticas Saudáveis. *Saúde e Cidadania na Pós-modernidade*. *Ciências e Saúde Coletiva*, 1:1; 1996.

Carvalho MCB. Avaliação Participativa: Uma Escolha Metodológica. In: Rico EM. (organizadora) Avaliação de políticas sociais: Uma Questão em Debate. 5ª edição, São Paulo: Cortez, 2007.

Ceccim RB, Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, col. 9 n16, p 161- 177, set. 2004/fev.2005.

Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes. 1994.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF; 2003.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília, DF; 2004.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS Vol. 8; DF; 2007.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis - Santa Catarina – Brasil 1994 – 2000. Cad. Saúde Pública. Suplemento; 18:191-202; 2002.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos de programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública. 20(5): 1417–1423. 2004.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. (organizadora). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: fiocruz.1997. p. 29-47.

Cordioli S. Enfoque participativo no trabalho com grupos. In: Brose M. (organizadora) Metodologia participativa: Uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo editorial, 2001.

Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Fiocruz, 2002.

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>, acessado em 12 de dezembro de 2008.

Debus M. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educacional Development, 1997.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública; 13: 103 – 107; 1997.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, et al. Atenção Básica em Saúde: Comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva; 11(3):633-641; 2006.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al.,Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 11(3):669-681; 2006.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil; 2004. 3; 4: 317-321.

Ferreira JCV. Mato Grosso e seus Municípios. Cuiabá: Secretaria de Estado da Educação; 2001.

Ferreira JCV. Mato Grosso e seus Municípios. Cuiabá: Secretaria de Estado da Educação; 2004.

Ferreira JCV e Silva JM. Cidades de Mato Grosso: Origem e Significado de seus nomes. Cuiabá: Editora Memória Brasileira; 2008.



Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2001; 1; 6:165-181.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*; 2006. 22 (6): 1171-1181.

Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. Universidade Federal da Bahia. 2002.

Guba EG, Lincoln YS, *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1989.

Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz, 2000.

Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 3; 7: 419-421.

Heimann LS, Mendonça MH. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: Uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman LS, Edler FC. (organizadores) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Editora Fiocruz, 2005.

Hernandez PJS. La definición de la calidad de la atención. In: Palomer RM. *Garantía de calidad en atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma; 1993. p. 7-18. (Monografías Clínicas en Atención Primaria, n. 13).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2008.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação da Atenção Básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*; 11(3):683-703; 2006.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*. Brasília: DF. nº 1, 1996.

Levcovitz E, Lima DL, Machado VC. Política de Saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*: Abrasco, p. 270 – 291;. 2001.

Lobo T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: Rico EM. (organizador). *Avaliação de políticas sociais*. São Paulo: Cortez. 1998.

Machado MH. (Coordenador). *Pesquisa de opinião dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Convenio UNESCO/MS, 2000.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Revista Saúde em debate*. 2003; 65 (27):243-256.

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF,

Merhy EE (organizadores) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121 – 142.

Mato Grosso. Secretaria de Planejamento. Plano de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso: MT +20. [s.d.]

Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2003, 8:2; p. 403-415.

Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Souza MF (organizadora). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 123 – 151, 2002.

Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec; 1996.

Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (organizadoras) *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. Editora Hucitec; 2006.

MS - Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília; 1997.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial*. 2ª ed., Brasília; 1998, 36 p.

MS - Ministério da Saúde. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF; 1999a.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Serviços de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002. Avaliação Permanente da Atenção Básica*. Brasília; 1999b.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Saúde da Família*. Brasília; 2000a.

MS - Ministério da Saúde. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília; 2000b.

MS - Ministério da Saúde. *Norma Operacional da assistência à saúde*. NOAS. SUS 01/02. Brasília; 2002.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2005a.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília, DF; 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde. 6 volume).

MS - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF; 2005c.

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial União. 28 março 2006a. Seção 1

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da Saúde. Brasília, DF; 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 22 agosto 2007a; Seção 1.

MS – Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [acessado em 24 de dezembro de 2008] <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

Nuto SS, Nations MK. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. Ação coletiva, 1999. 2:25 – 29.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; Ceps, 2002.

Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

Pedrosa JI dos S, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2001. 35(3):303-11.

Perez JRR. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico EM. (organizador) Avaliação de políticas sociais. São Paulo: Cortez, 1998.

Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado. Rio de Janeiro; 4ª ed. IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.

Programa Nacional de Desenvolvimento Humano - PNUD. Disponível em [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br); 2000

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 19(1): 27-34, 2003.

Ribeiro JD. Colonização e garimpos: expropriação e violência no norte de Mato Grosso. In: Barrozo JC. (organizador). *Mato Grosso do sonho à utopia da terra*. Cuiabá: EdUFMT; 2008.

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13 (1) 23-34, 2008.

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3):713-724, 2006.

Scorel LS, Giovanella MHMM, Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21 (2), 2007.

Scatena JHG. Processo de construção de um diagnóstico de situação de saúde para municípios do Estado de Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, USP, 1996.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18 (suplemento): 203-211, 2002.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso, 1995 – 1998. 2ª edição. Cuiabá: SES, 2000.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Saúde em Números 4. sistema de Informação em Saúde. Cuiabá: SES, 1999.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção. MÜLLER NETO, JS (organizador). Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá, 2002.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Escola de Saúde Pública do Mato Grosso. Coordenadoria de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. Manual do Curso Introdutório em Saúde da Família. VENITES V, VILLAS BOAS VTB. (organizadores) Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá. 2005a.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Assistência. Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá, 2005b.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Portaria nº 005/GBSES de 12 de Janeiro de 2005. Estabelece incentivo financeiro Estadual as equipes de saúde bucal. Diário Oficial Estado. 12 de janeiro 2005c.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta. Relatório de Supervisão Técnica [julho, 2007]. Alta Floresta; 2007.

SES - MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Portaria 113 de 08 de agosto de 2008. Institui o Programa de Incentivo ao alcance de metas da Atenção Básica. Diário Oficial Estado. 08 de agosto 2008.

SES -BA - Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Certificação das Equipes de Saúde da Família do Estado da Bahia. Bahia: 2005.

SES -ES - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Coordenação Estadual da Atenção Primária – PACS/PSF. Certificação de Equipes de Saúde da Família. Espírito Santo. 2005

Souza HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2002.

Souza LEPPF, et al. Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. Salvador. 2001

Souza MF, Fernandes A, Araújo c, Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate. 2000; 21:7-14.

Subirats J, Evaluación de políticas de intervención social. Um enfoque pluralista. In: Intercambio social Y desarrollo Del bienestar. Compilador Luis Moreno, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1993.

Sucupira AC. Marco conceitual da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. Sanare: Revista de Políticas Públicas, vol. 1; 2003.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2ª Ed., 2004.

Stralen CJV, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, et al., Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciência & Saúde Coletiva; 11(3):621-632; 2006.

Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2000. 4(7):113-128.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004a.

Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. IN: Bosi MLM, MERCADO-MARTÍNEZ F. (organizadores). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Capítulo 3. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004b, p. 121 – 136.

Teixeira C, Paim J, Villasbôas ALJ. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 2:7-28, 1998.

Teixeira C. O SUS e a Vigilância da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. 42 p. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

Teixeira C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira C, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Editora da Universidade Federal da Bahia; 2006a. p. 19-58.

Teixeira C. Saúde da Família, promoção e vigilância: Construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira C, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Editora da Universidade Federal da Bahia; 2006b. p. 59 - 83.

Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cadernos de Saúde Pública; 2002.18 (6): 1561-1569.

Viana ALD'A, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. 2005. Rio de Janeiro: Suplemento; 15:225- 264.

Viana ALD'A, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, e outros. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política nacional para a Amazônia Legal. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 23 (suplemento) 2:S117-S131, 2007.

Vieira da Silva LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. (organizadoras). Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 2005, p. 15-39.

Vuori H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 1991. 3:17 – 24 .

Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Saint. Panam. Washington, v. 120, n. 6, p. 472 – 481, 1996.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de Programas: Concepção e práticas. Trad. Azevedo DA. Editora Gente, 2004.

## ANEXO I INSTRUMENTO PARA O GESTOR DA SAÚDE MUNICIPAL (Banco 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MATO GROSSO  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO  
CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

“OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE  
EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

Sub Projeto: “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”.

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**BLOCO I – DADOS GERAIS**

1. Entrevistado: \_\_\_\_\_
2. Sec. Municipal de Saúde de: \_\_\_\_\_
3. Cargo: \_\_\_\_\_ 4. Tempo na atual gestão: \_\_\_\_\_
5. ER de Saúde: \_\_\_\_\_
6. Modalidade de Gestão do Município (Documento) \_\_\_\_\_
7. Partido Político do Prefeito: \_\_\_\_\_

**BLOCO II – IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL**

8. Sexo:  Masculino  Feminino 9. Idade em anos completos: \_\_\_\_\_
10. Naturalidade: \_\_\_\_\_ 11. Estado: \_\_\_\_\_ 12. País: \_\_\_\_\_
13. Residência atual: Cidade: \_\_\_\_\_ 14. UF: \_\_\_\_\_
15. Tempo de residência: \_\_\_\_\_ meses (quando menos de 1 ano) anos \_\_\_\_\_
16. Formação/Escolaridade: \_\_\_\_\_
17. Graduação em: \_\_\_\_\_  
Instituição:  pública  privada Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_
18. Especialização em: \_\_\_\_\_  
Instituição:  pública  privada Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_
19. Partido Político do Secretário Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_

**Experiências anteriores:**

20. Em gestão Pública:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Experiências anteriores no SUS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22. Participação em Conselhos e comissões**

Intergestoras Bipartites:

Atuou mas não atua mais

Atuante

Nunca participou

		Titular	Suplente	S
Conselho Municipal de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Conselhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIB Regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIB Estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho Gestor CIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bloco III - MACRO POLÍTICA – estratégias e normatização do processo de descentralização</b>				
<i>Competências e relações entre os 3 níveis de governo</i>				
23. Como o município participa do processo da micro-regionalização do Estado de MT (vantagens e desvantagens, regulação e planejamento – CIB).				
_____				
_____				
24. Qual a importância da CIB na gestão de saúde?				
_____				
_____				
25. Como o Município participa de Consórcio:				
Quais as vantagens e desvantagens trazidas pelo Consórcio para o seu município?				
_____				
_____				
26. Como o município participa do pacto de gestão (vantagens, dificuldades e mudanças)?				
_____				
_____				
27. Como seu município participa dos processos de Programação Pactuada da Assistência e das Vigilâncias? As metas pactuadas têm sido norteadoras para as ações de saúde no seu município? Quais as vantagens e dificuldades deste processo de pactuação.				
_____				
_____				
<input type="checkbox"/> Referência de microrregião (média complexidade) <input type="checkbox"/> Encaminhado à uma microrregião				
28. No desenho da microrregionalização do estado de MT como se enquadra o seu município:				
Com que municípios ele se relaciona? Como se relaciona (formal e informalmente)?				
_____				
_____				
_____				
29. Na sua opinião, a descentralização da saúde trouxe vantagens ou desvantagens para o seu município? Por quê?				
_____				
_____				
30. Quais as principais formas de cooperação /apoio da SES como município? E como as avalia?				
_____				
_____				
<b>BLOCO IV- POLÍTICA MUNICIPAL</b>				
<b>GESTÃO: Projeto de governo/Formulação da política</b>				
31. Quais propostas de saúde foram contempladas no Plano Plurianual (PPA)?				
_____				
_____				
32. Quais as ações do PPA (saúde) incluídas na LDO/2007?				



33. Quais as ações relacionadas a qualificação e expansão do PSF?

34. O município possui um Plano Plurianual de Saúde?

35. O município faz a programação anual (PTA-2006)?

36. Como se dá o processo de planejamento no município? (periodicidade, instrumentos e participação)

37. O Plano Municipal de Saúde priorizou a Saúde da Família como estratégia para a reorganização da atenção básica?

38. Quais as facilidades e dificuldades para implementar a plano municipal de saúde?

39. No campo da saúde, quais as políticas e parecerias estabelecidas pela Prefeitura, visando a intersetorialidade?

40. Como avalia o papel da Câmara com o setor Saúde (projetos, acompanhamento)?

41. Qual a participação do Conselho Municipal de Saúde na formulação da política de saúde, planejamento das ações, monitoramento?

42. Quais as estratégias de fortalecimento do controle social pela gestão?

#### **BLOCO V – ORGANIZAÇÃO FORMAL DO SETOR SAÚDE**

43. A SMS possui (solicitar cópias):

- Lei Orgânica Municipal    Sim  Não
- Código Sanitário            Sim  Não
- Lei de Criação/reformulação Conselho Municipal de Saúde    Sim  Não
- Lei de Criação/reformulação do Fundo Municipal de Saúde    Sim  Não
- Lei de Criação/reformulação da Ouvidoria                        Sim  Não
- Lei de Criação da Secretaria Municipal de Saúde                Sim  Não
- Organograma    Sim  Não

44. Como a AB se insere nesse organograma (coordenadoria/gerencia)?

45. Como o Secretário de Saúde e sua equipe de condução se comunicam com as Unidades Municipais de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde)?

#### **FINANCIAMENTO**

46. O município tem cumprido a EC-29 (saúde)? Qual o percentual aplicado em 2006?

47. Os recursos de transferência federal repassados ao município são suficientes?

48. Os recursos de transferência estadual repassados ao município são suficientes?

49. O total dos recursos financeiros foram suficientes para execução orçamentária? (Explique:)

50. O SMS é o ordenador de despesas? Sim  Não

51. Em relação ao FMS:

- O SMS programa despesas Sim  Não

- Ordena despesas Sim  Não

- Executa despesas Sim  Não

52. Os recursos são suficientes para implementação do PSF e sua qualificação?

53. Quem é o ordenador de despesas do Fundo Municipal de Saúde? Qual a autonomia da SMS? Como a SMS influencia a gestão da FMS?

54. Como o Secretário de Saúde se comunica com as unidades municipais de saúde (hospitais e centros de saúde)? Quais os meios utilizados?

55. O Conselho Municipal de Saúde esta funcionando?

56. Qual tem sido o papel do Conselho Municipal de Saúde nas decisões e acompanhamento da Política de Saúde em geral e do PSF em particular?

**GESTÃO DE PESSOAL**

57. Número de servidores total da SMS □□□□

\_\_\_\_\_ número com vínculo estatutário  
 \_\_\_\_\_ número com contrato temporário  
 \_\_\_\_\_ número de servidores cedidos (MS/SES)

58. Número de servidores no PSF □□□

59. Como se estabelece o contrato e seleção dos profissionais para o PSF:

\_\_\_\_\_ Nível Superior  
 \_\_\_\_\_ ACS

60. Salários base, incentivos e benefícios indiretos (destacar especificidades)

- Médico _____	- Técnicos _____
- Enfermeiro _____	- Auxiliares _____
- Odontólogo _____	- ACS _____
	- Outros _____

61. Qual o grau de autonomia sobre a gestão de pessoas que a SMS tem em relação à Prefeitura?

---



---

62. Há uma política de RH da SMS?

---



---

63. Há uma gerencia específica de RH na SMS?

- Detém autonomia para selecionar e contratar RH?
- Dispõe de informação atualizada sobre postos de trabalho e sua ocupação? (perfil salarial)

---



---

64. A área da Saúde está destacada?

---



---

65. Quais as facilidades e dificuldades em desenvolver uma política de RH para a saúde?

---



---

66. Existe uma política de fixação dos profissionais do PSF (nível superior e ACS)?

---



---

67. Quais as estratégias de Educação Permanente dos profissionais do PSF?

---



---

68. A implantação do PSF alterou a estrutura organizacional da SMS? Existe uma instância de coordenação específica para a AB? E para o PSF? Onde a coordenação se insere formalmente?

---



---

69. A coordenação da AB/SF é envolvida na pactuação dos Indicadores da AB?

---



---

**BLOCO VI – COORDENAÇÃO DO SISTEMA****Organização dos serviços de saúde:**

70. Como analisa a organização e funcionamento da rede de serviço de saúde no município (cobertura PSF, serviços especializados, referência, contra-referência, qualidade, acesso e suficiência)?

\_\_\_\_\_

71. Como valia o modelo de atenção do município, considerando a integralidade da atenção à saúde?

\_\_\_\_\_

**\_ Referência e contra-referência:**

71 Há programação da oferta de consulta especializada e de apoio diagnóstico para as equipes de Saúde da Família? Como é feita a programação?

\_\_\_\_\_

72 Há demanda reprimida? Em que especialidades, exames?

\_\_\_\_\_ 73 A festão municipal dispõe de serviço de internação no município?

- Hospital Público  - Hospital Privado  - Ambos

\_\_\_\_\_

74 O município dispõe de serviço de um sistema organizado de referência e contra-referência (rotina, fluxos normas protocolo,?)

\_\_\_\_\_

**BLOCO VII- O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

75. Qual a importância do PSF para o seu município?

\_\_\_\_\_

76. Quais as dificuldades da Secretaria na implementação/acompanhamento do PSF?

\_\_\_\_\_

77. Quais as facilidades da Secretaria na implementação/acompanhamento do PSF?

\_\_\_\_\_

78. Analise o desempenho da SMS em relação as atribuições no gerenciamento do PSF?

- Coordenação \_\_\_\_\_

- Programação \_\_\_\_\_

- Monitoramento \_\_\_\_\_

- Recursos Humanos \_\_\_\_\_

- Gerenciamento do SIAB \_\_\_\_\_

79. Como avalia o funcionamento do PSF no município? Julga adequado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

80. Como se dá o apoio técnico do ER de Saúde na implementação do PSF no município?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

81. Como avalia o modelo de atenção do município, considerando a integralidade da atenção à saúde (atenção básica e outros níveis de atenção)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

82. Quais os instrumentos de avaliação do PSF e da Atenção à Saúde utilizados pelo município?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO II - INSTRUMENTO PARA O COORDENADOR DO PSF (Banco 2)**

**Pesquisa:** "OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO"

**Sub Projeto:** "Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163".

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

<b>BLOCO I – DADOS GERAIS</b>	
1. Entrevistado: _____	2. Cargo: _____
3. Instituição: _____	4. Tempo no Cargo: _____
5. Município: _____	6. ER de Saúde: _____
7. Nº de UBSF: _____	8. Cobertura de SF: _____
9. Nº de outras UBS/PACS: _____	10. Nº de ESB: _____
11. Modalidade I: _____	12. Modalidade II: _____
13. Cobertura de SB: _____	
<b>II – Perfil</b>	
14. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	15. Idade em anos completos: _____
16. Naturalidade: _____	17. Estado: _____
18. País: _____	19. Residência atual: Cidade: _____
20. UF: _____	21. Tempo de residência: _____ meses (quando menos de 1 ano) anos _____
22. Formação/Escolaridade: _____	23. Graduação em: _____
Instituição: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada	Ano de Conclusão: _____
24. Especialização em: _____	25. Ano de Conclusão: _____
Instituição: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada	
<b>BLOCO II – SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PSF</b>	
<b>25. Qual a importância do PSF para o seu município?</b>	
_____	
_____	
<b>26. Existe Projeto Formal de Implantação do PSF?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se sim, foi aprovado na Câmara de Vereadores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
_____	
_____	
<b>27. O projeto de implantação do PSF foi aprovado no CMS?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
(solicitar cópia ou resolução do CMS)	
<b>28. Como se dá o apoio técnico do ER de Saúde na implementação do PSF no seu município?</b>	
_____	
_____	
_____	
<b>BLOCO III – COORDENAÇÃO TÉCNICA DAS ESF</b>	

**29. Como se dá o processo de planejamento da Atenção Básica na SMS?**

- a) instrumentos, metas e indicadores pactuados,
- b) participação dos profissionais, CMS,
- c) articulação com o planejamento da SMS

**30. Como se dá o acompanhamento/monitoramento e avaliação do processo de trabalho das ESF? (com que equipes da coordenação é feito).****31. Em que situação e com que regularidade a coordenação se reúne com as equipes?****32. Como são repassadas as informações e tomadas as decisões?**

- a) do nível central para as USF
- b) das USF para o nível central?

**33. Como a coordenação da SF gerencia os conflitos e questões administrativas dos RH da SF?****34. Quais demandas por educação, para o aprimoramento das práticas profissionais das equipes, a coordenação identifica?**

**35. Como a Coordenação gerencia as condições de saúde da população adscrita às ESF?** (geração e sistematização da informação; retro-alimentação às equipes, uso dos dados do SIAB, indicadores pactuados)

**BLOCO IV –CONTROLE SOCIAL****35. Como o CMS acompanha as ações do PSF?****36. Os resultados do monitoramento/supervisão são repassados para o CMS?****BLOCO V – COORDENAÇÃO DO SISTEMA**

A Organização dos serviços de saúde:

**38. Como analisa a organização e funcionamento da rede de serviço de saúde no município (cobertura PSF, serviços especializados, referencia, contra-referencia, qualidade, acesso e suficiência)?**

**39. Como valia o modelo de atenção do município, considerando a integralidade da atenção à saúde?**

40. Referência e contra-referência:

41. Há programação da oferta de consulta especializada e de apoio diagnóstico para as equipes de Saúde da Família? Como é feita a programação?

42. Há demanda reprimida? Em que especialidades, exames?

43. A gestão municipal dispõe de serviço de internação no município?

- Hospital Público  - Hospital Privado  - Ambos

44. O município dispõe de serviço de um sistema organizado de referencia e contra-referencia (rotina, fluxos normas protocolo, central de vagas, regulação). Quais os serviços integrados neste sistema?

<b>BLOCO VI – OPINIÃO SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>				
<b>45. Na sua opinião, a ESF tem condições de resolver 80% dos casos demandados na sua área de atuação? Comente.</b>				
<b>A partir do funcionamento real do PSF no seu município assinale a sua concordância ou não com as afirmativas abaixo:</b>				
	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Não Concorda</b>	<b>Concorda em parte</b>	<b>Não Sabe</b>
<b>46.</b> O PSF presta assistência integral, contínua a população adscrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47.</b> O PSF tem ação resolutiva sobre os problemas de saúde da população assistida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>48.</b> O PSF tem favorecido a ação intersetorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>49.</b> O PSF muda substancialmente o modelo da atenção no município.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>50.</b> O PSF reduz a taxa de internação hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>51.</b> O PSF atua sobre a família como núcleo de abordagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>52.</b> O PSF reforça o vínculo entre profissionais de saúde e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>53.</b> O PSF realiza ação que favorece a ampliação da cidadania e controle social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>54.</b> O PSF proporciona um acompanhamento longitudinal às famílias assistidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>55.</b> O PSF altera os processos de trabalho dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>56.</b> O PSF pode ter efeitos sobre o mercado de trabalho e na formação dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>57. Quais as dificuldades enfrentadas no funcionamento do PSF? (ordenar por prioridade)</b>				
1. _____		2. _____		
<b>58. Quais os fatores que facilitam o funcionamento do PSF. (ordenar por prioridade)</b>				
1. _____		2. _____		
		3. _____		
<b>59. Como você avalia o PSF no seu município?</b>				
<b>60. Quais os cursos que julga necessário serem ministradas às ESF em 2008?</b>				
<b>61. Que recomendação você faria para melhorar o PSF no seu município?</b>				
<b>OUTRAS CONSIDERAÇÕES/ANOTAÇÕES:</b>				

**ANEXO III - INSTRUMENTO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS ESF  
(Banco 4)**

**Pesquisa:** “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

**Sub Projeto:** “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da USF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Caracterização profissional (médicos e enfermeiros)		
BLOCO I - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO		
<b>1. Entrevistado:</b>		
<b>2. Profissão</b> (que exerce nesta equipe) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro		
<b>3. Naturalidade/Cidade:</b>	Estado:	País
<b>4. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>5. Idade</b> em anos completos:	
<b>6. Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> solteiro (a) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> separado (a) <input type="checkbox"/> união consensual <input type="checkbox"/> viúvo (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> outros		
<b>7. Quanto tempo você atua nesta equipe:</b> _____ anos/meses		
<b>8. Reside atualmente em:</b> Cidade: _____		UF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tempo de residência: ..... anos .....meses		
<b>10. Última procedência:</b> Cidade: _____		Estado: _____
<b>11. Formação</b>		
1. <input type="checkbox"/> Graduação em:.....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Especialização em:.....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.1. <input type="checkbox"/> Especialização(outra) .....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Residência em: .....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Mestrado em: .....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Doutorado em: .....		
Instituição: ..... <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada		Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



<p><b>12. Marque o tipo de vínculo que possui com o PSF.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário do município</p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> CLT do município</p> <p><input type="checkbox"/> CLT cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação comissionada</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – grupos profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – empresas</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – fundação e outros órgãos</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – cooperativas</p> <p><input type="checkbox"/> Credenciamento</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação temporária</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato individual de prestação de serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa trabalho/ajuda de custo</p> <p><input type="checkbox"/> Outro, especificar:.....</p>	<p><b>13. Qual foi o critério utilizado p/ ingresso no PSF.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concurso Público</p> <p><input type="checkbox"/> Prova de seleção</p> <p><input type="checkbox"/> Indicação</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Outro. Especificar:</b> .....</p> <p>14. Qual sua carga horária semanal no PSF?</p> <p><input type="checkbox"/> 20 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 30 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 40 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Outra.....</p>
<p><b>15. Qual sua remuneração mensal bruta no PSF?</b> R\$. .....</p>	
<p><b>16. Além da remuneração do PSF você recebe algum outro benefício da prefeitura/Secretaria de Saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> residência</p> <p><input type="checkbox"/> transporte</p> <p><input type="checkbox"/> vale refeição</p> <p><input type="checkbox"/> seguro saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outros, especificar: ..... <b>nenhum</b></p>	
<p><b>17. Você tem outro vínculo além do PSF?</b>    <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <b>Se sim qual(is):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário do município</p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> CLT do município</p> <p><input type="checkbox"/> CLT cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação comissionada</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – grupos profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – empresas</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – fundação e outros órgãos</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – cooperativas</p> <p><input type="checkbox"/> Credenciamento</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação temporária</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato individual de prestação de serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa trabalho/ajuda de custo</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Outro, especificar:.....</p>	
<p><b>18. Qual tipo de atividade você exerce neste outro vínculo? (além do PSF)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não exerço nenhuma outra atividade além do PSF</p> <p><input type="checkbox"/> consultório/clínica particular</p> <p><input type="checkbox"/> ambulatório de especialidades</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Filantrópico</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> privado</p> <p><input type="checkbox"/> hospital</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> público</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> privado</p> <p><input type="checkbox"/> instituição de ensino</p> <p><input type="checkbox"/> atuação em seguro de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outra, especificar:.....</p>	<p>19. Qual a carga horária semanal nesta atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> 20 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 30 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 40 horas</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Outra</b>.....</p>

**20. Qual a última atividade profissional que você desenvolveu antes de ter ingressado na equipe em que se encontra atuando no PSF?**

UBS pública  
 PSF no mesmo município  
 PSF em outro município  
 consultório/clínica  
 ambulatório de especialidades  público  privado  
 hospital  público  privado  
 atividade de ensino  
 assessoria/consultoria  
 nenhuma  
 outra, especificar:.....

**21. Caso você já tenha trabalhado em outra(s) equipe(s) de PSF, informe o município, estado e o tempo de permanência em cada uma delas.**

Município	Estado	Tempo (em meses)

**22. Assinale as alterações ocorridas em sua vida profissional após o ingresso no PSF:**

	Melhorou	Não se alterou	Piorou
1. Na remuneração			
2. Na jornada de trabalho			
3. Na autonomia técnica			
4. Na relação com os pacientes e suas famílias			
5. No prestígio profissional			
6. No trabalho em equipe			

**23. Identifique um ou mais mecanismos utilizados para o aprimoramento de sua prática profissional no PSF:**

1. Assinatura de periódicos especializados (revistas ou outras publicações)  
 2. Participação em treinamento/ curso de curta duração/oficinas ou seminários da área  
 3. Participação em cursos de aperfeiçoamento ou pós-graduação na área  
 4. Pesquisas/ consultas a bibliotecas e bibliografia especializada  
 5. Pesquisas/ consultas a bibliotecas virtuais e bibliografia especializada via internet  
 6. Participação em congressos e eventos científicos da área  
 7. Materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde (manuais, cartilhas, cartazes, textos técnicos e outros documentos)  
 8. Outro, especificar:.....

**24. Quais são as capacitações específicas da Saúde da Família foram realizadas neste ano (2007)?**

Capacitações realizadas em 2007	Carga Horária	Instit

## BLOCO II – SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
<b>25.</b> Planeja as atividades da equipe considerando os indicadores sociais e de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26.</b> Realiza programação das ações definindo metas e indicadores para avaliá-las?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27.</b> Realiza diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde priorizando os problemas de saúde mais frequentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28.</b> Conhece os indicadores pactuados pelo município e os considera no planejamento das ações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29.</b> Avalia periodicamente as metas propostas e reelabora o planejamento de suas ações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Consolida os indicadores de sua unidade propondo junto com a comunidade e com o gestor local estratégias para a melhoria dos mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Planeja e realiza atividades de educação para os ACS e aux. de enfermagem considerando as suas dificuldades apresentadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. O trabalho da equipe considera as informações sócio-econômicas e situações de vulnerabilidade familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde da criança?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
34. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?				
_____				
_____				
35. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?				
_____				
_____				
<b>BLOCO III – ATIVIDADES QUE ORGANIZAM A ATENÇÃO NAS USF</b>				
Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiz a</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
36. A equipe acolhe os clientes que procuram a unidade programando e organizando o seu atendimento segundo suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. A visita domiciliar é atividade sistemática de todos os membros da ESF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. A assistência é planejada com base nas evidências científicas existentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. O atendimento prestado busca desenvolver a autonomia dos usuários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Realiza discussões de casos clínicos com a equipe definindo atribuições de cada participante na condução dos mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Os atendimentos levantam informações sobre a família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BLOCO IV - SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE COM A COMUNIDADE</b>				
Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiz a</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
42. Programa e realiza ações com/em outras instituições da comunidade (escolas, creches, igrejas, e outras) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Programa e realiza ações com/em conselhos da comunidade (conselho gestor, tutelar, das escolas) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Programa e realiza ações com grupos da comunidade (associação de moradores, jovens, mães, e outros) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Realiza parceria com ONGS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Caso não tenha conselho gestor estimula a sua organização na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Debate com a comunidade temas de cidadania, direitos a saúde e funcionamento do SUS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Avalia periodicamente as metas e indicadores propostos e reelabora o planejamento de suas ações contando com a participação da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Existem mecanismos de rotina para saber se os serviços respondem as necessidades, críticas e sugestão da população?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Os representantes da comunidade participam nas atividades da unidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>51. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde da criança?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
52. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?				
_____				
_____				
53. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?				
_____				
_____				

BLOCO V - SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE				
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
54. Realiza visita domiciliar ao recém-nascido em seus primeiros dias com a presença do médico ou enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Orienta a cerca dos cuidados básicos de higiene e cuidados com o recém-nascido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Acompanha as crianças menores de 5 anos conforme as propostas programáticas oficiais para atenção à saúde da criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Avalia o Crescimento e Desenvolvimento das crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Anota os dados da avaliação de Crescimento e Desenvolvimento no cartão da criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Interpreta para a família os dados do cartão da criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Propõe ações para a correção dos desvios do crescimento e desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Realiza orientações preventivas sobre estimulação e prevenção de acidentes conforme a faixa etária da criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Realiza ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Orienta a introdução da alimentação correta no momento do desmame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Realiza suplementação de ferro e de outras vitaminas, conforme necessidade da criança, durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Aplica as vacinas indicadas para as crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Orienta sobre o calendário mínimo de vacinação, as indicações e contra-indicações das vacinas e suas reações adversas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Supervisiona a sala de vacina garantindo a sua adequação à guarda e conservação dos imunobiológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Diagnostica, trata e encaminha outras patologias prevalentes nas crianças da área de atuação de sua equipe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Trata as crianças portadoras de diarreia considerando o seu estado de hidratação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Trata crianças portadoras de infecções respiratórias agudas conforme protocolo da AIDPI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Realiza atividades de acompanhamento da saúde das crianças em outros espaços sociais da comunidade (escolas, creches, grupo de jovens, pastoral da criança, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Conhece a Legislação de proteção da criança e do adolescente e a utiliza para orientar o seu atendimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Consolida mensalmente os dados relacionados com a atenção às crianças avaliando com a equipe a necessidade de novas estratégias para cumprimento da programação elaborada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde da criança? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
75. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			
76. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			

GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
77. Realiza consulta de acompanhamento do pré-natal, avaliando o grau de risco da gestante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Diagnostica as patologias mais comuns durante a gestação, tratando ou referenciando a gestante corretamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Avalia o estado nutricional da gestante e anota no cartão da gestante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Solicita exames da gestante conforme protocolo do MS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Acompanha a gestante de baixo e médio risco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Registra os dados do acompanhamento da gestante no seu cartão (inclusive o gráfico) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Interpreta para a família os dados do cartão da gestante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Realiza atividades educativas abordando temas relacionados à gravidez, parto, puerpério e aleitamento materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Realiza consulta de puerpério?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Desenvolve ações de planejamento familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Desenvolve ações preventivas aos cânceres de colo uterino e de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Realiza busca ativa dos casos suspeitos de câncer de colo e de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Realiza tratamento das DST abordando o parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Oferece exame anti-HIV com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde da mulher? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
92. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações? _____ _____ _____				
93. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações? _____ _____ _____				

GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
94. Possui registro atualizado dos adolescentes da área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Realiza consulta ao adolescente considerando as peculiaridades de sua faixa etária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Realiza avaliação do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Realiza atividades educativas abordando temas relacionados a sexualidade, gravidez, contracepção e DST para grupos de adolescentes na USF ou em outro espaço na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde do adolescente? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
99. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações de atenção a saúde do adolescente? _____ _____ _____				
100. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações? _____ _____ _____				

GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS					
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe	Não se aplica
101. Faz suspeição diagnóstica <b>tuberculose</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Faz suspeição diagnóstica <b>hanseníase</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Diagnóstica, prescreve e acompanha o tratamento supervisionado para os casos de hanseníase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Orienta e realiza atividades de prevenção de incapacidades físicas e orienta proteção das extremidades (mãos e pés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Orienta o paciente sobre possível ocorrência de quadros reacionais e como proceder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Identifica e trata estados reacionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Realiza exames dos contatos e encaminha para vacinação (BCG) os casos indicados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Realiza exames de hanseníase na coletividade no caso de alta prevalência (igual ou maior 10 casos por 10000 habitantes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Faz suspeição diagnóstica de <b>dengue</b> , realizando abordagem diferencial para dengue sempre que indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Realiza a prova do laço em todos os pacientes suspeitos de dengue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Institui tratamento e acompanha a evolução identificando possíveis manifestações hemorrágicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Orienta os pacientes sobre medicamentos contra-indicados, quanto ao aparecimento de sinais de alerta e como proceder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. O exame para detecção de <b>hepatite e B</b> é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens da área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Realiza ações educativas individuais e coletivas para prevenção das doenças transmissíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Realiza e/ou orienta a busca ativa de suspeitos, faltosos e contatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Faz a investigação epidemiológica de todo o caso e cadastra o caso novo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Realiza notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção a saúde do adolescente? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10					
121. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações? <hr/> <hr/>					
122. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações? <hr/>					
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DIABETES					
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe	
123. Possui registro atualizado dos diabéticos da área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
124. Realiza diagnóstico de diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
125. Realiza atenção à saúde do diabético a partir da classificação de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
126. Os diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

127. Monitora o comparecimento dos diabéticos às atividades programadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. A medida de IMC de todos os diabéticos em acompanhamento é realizada trimestralmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. O exame nos pés dos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada de 6 a 11%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Se o número de pacientes diabéticos atendidos for inferior a prevalência estimada de 6%, a ESF realiza atividade de detecção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Monitora as internações por diabetes ocorridas em sua área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Realiza ações educativas coletivas sobre a doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Realiza ações de promoção de saúde do diabético, como por exemplo, a caminhada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção aos diabéticos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
136. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/> <hr/>			
137. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/> <hr/>			
<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS</b>				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
138. A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Realiza diagnóstico de HA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Realiza atenção à saúde dos hipertensos a partir da classificação de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142. A ESF monitora o comparecimento dos hipertensos às atividades programadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. A medida de IMC de todos os hipertensos em acompanhamento é realizada trimestralmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada de 15 a 20%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Se o número de pacientes hipertensos atendidos for inferior a prevalência estimada de 15%, a ESF realiza atividades de detecção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. A ESF monitora as internações por complicações decorrentes da HA ocorridas em sua área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. A ESF realiza ações educativas coletivas sobre a doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. A ESF realiza ações de promoção de saúde do hipertenso, como por exemplo, a caminhada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção ao hipertensos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
150. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/> <hr/>			
151. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/> <hr/>			

GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
<b>152.</b> A ESF possui registro atualizado dos idosos da área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>153.</b> A ESF realiza consulta individual voltada para a pessoa idosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>154.</b> A ESF realiza atividades em grupos voltadas para os idosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>155.</b> A ESF realiza acompanhamento sistemático dos idosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>156.</b> A ESF monitora potenciais riscos ambientais de acidentes para os idosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>157.</b> A ESF desenvolve algum tipo de atividade junto às famílias dos idosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>158.</b> Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção aos idosos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>159.</b> Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			
<b>160.</b> Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	Realiza	Realiza em Parte	Não Realiza	Não sabe
<b>161.</b> A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>162.</b> Realiza consulta a pacientes portadores de transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>163.</b> Realiza acompanhamento de egressos de internação psiquiátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>164.</b> Realiza acompanhamento de pacientes em uso de psicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>165.</b> A ESF mantém acompanhamento do tratamento realizado pela referência aos usuários de álcool e drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>166.</b> A ESF apenas encaminha os portadores de transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>167.</b> Realiza referência e contra-referência para o Centro de Apoio Psicossocial/CAPS do município (só para aqueles de médio porte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>168.</b> A ESF mantém algum tipo de relação com entidades da sociedade civil de apoio aos usuários de álcool e drogas (AAA, etc.) do município.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>169.</b> Quais problemas de saúde mental os clientes que demandam atendimento nesta USF possuem?	<hr/> <hr/>			
<b>170.</b> Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção aos portadores de transtorno mental? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>171.</b> Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			
<b>172.</b> Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	<hr/> <hr/>			



<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO AO HOMEM ADULTO</b>				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
<b>173.</b> A ESF possui o registro atualizado dos adultos de área por sexo e faixa etária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>174.</b> A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>175.</b> A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para controle do fumo e tabaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>176.</b> Os adultos do sexo masculino, que não são portadores de HA e diabetes, são acompanhados pela ESF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>177. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de atenção ao homem adulto?</b> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>178. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?</b> <hr/> <hr/>				
<b>179. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?</b> <hr/> <hr/>				
<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL</b>				
<b>180. A população adscrita à sua unidade tem acessos aos serviços de saúde bucal, oferecido pelo programa Saúde da Família.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, responda as questões abaixo				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESB	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
<b>181.</b> A Equipe de Saúde Bucal atua na prevenção dos problemas odontológicos da população de 0 a 14 anos e gestantes realizando: escovação supervisionadas, bochecho de flúor e educação em saúde bucal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>182.</b> A Equipe de Saúde Bucal atua na prevenção dos problemas odontológicos da população acima de 14 anos, realizando ações educativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>183.</b> A Equipe de Saúde Bucal trata os problemas odontológicos da população de 0 a 14 anos e gestantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>184.</b> A ESF (bucal) trata os problemas odontológicos da população acima de 14 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>185. Na escala abaixo, qual o grau de implantação das ações de saúde bucal?</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>186. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?</b> <hr/> <hr/>				
<b>187. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?</b> <hr/> <hr/>				
<b>Bloco VI - Sua opinião sobre o PSF no seu município</b>				
<b>188.</b> Na sua opinião, as equipes do PSF dispõem de exames de apoio diagnóstico e complementares em quantidades adequadas às condições de saúde da população? Justifique: <hr/> <hr/>				
<b>189.</b> Na sua opinião, a ESF tem condições de resolver 80% dos casos demandados na sua área de atuação? Justifique: <hr/> <hr/>				
<b>190.</b> Em sua opinião, são suficientes os serviços de referência para especialidades e reabilitação?				

<b>A partir do funcionamento real do PSF no seu município assinale a sua concordância ou não com as afirmativas abaixo:</b>				
	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Não Concorda</b>	<b>Concorda Em parte</b>	<b>Não Sabe</b>
<b>191.</b> O PSF presta assistência integral, contínua a população adscrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>192.</b> O PSF tem ação resolutiva sobre os problemas de saúde da população assistida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>193.</b> O PSF tem favorecido a ação intersetorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>194.</b> O PSF muda substancialmente o modelo da atenção no município.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>195.</b> O PSF reduz a taxa de internação hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>196.</b> O PSF atua sobre a família como núcleo de abordagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>197.</b> O PSF reforça o vínculo entre profissionais de saúde e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>198.</b> O PSF realiza ação que favorece a ampliação da cidadania e controle social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>199.</b> O PSF proporciona um acompanhamento longitudinal às famílias assistidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>200.</b> O PSF altera os processos de trabalho dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>201.</b> O PSF pode ter efeitos sobre o mercado de trabalho e na formação dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>202. Indique em ordem de prioridade, as cinco principais dificuldades enfrentadas no funcionamento do PSF.</b>				
1. _____ 2. _____ 3. _____				
<b>203. Indique por ordem de prioridade, os cinco fatores que tem facilitado o funcionamento do PSF no seu município.</b>				
1. _____ 2. _____				
<b>204. Como avalia o trabalho da sua equipe?</b>				
_____				
<b>205. Quais outros profissionais inexistentes em sua equipe, você sugere para compô-la?</b>				
_____				
<b>206. Quais capacitações que julga necessário serem ministradas em 2008?</b>				
_____				
<b>207. Que recomendação você faria para aumentar a eficácia do PSF no seu município?</b>				
_____				
<b>Bloco VII –Processo de Trabalho</b>				
<b>208. Quais são as principais dificuldades enfrentadas na realização do seu trabalho?</b>				
_____				
<b>209. Como você enfrenta estas dificuldades?</b>				
_____				
<b>210. O que é preciso mudar para que seu PSF funcione de acordo com o preconizado?</b>				
_____				
<b>211. Quais são as principais facilidades encontradas na realização do seu trabalho?</b>				
_____				
<b>212. O que diferencia a sua unidade de Saúde da Família de uma Unidade Básica de saúde convencional?</b>				
_____				
<b>213. Quais são os principais benefícios do PSF para a população?</b>				
_____				
<b>214. Avalie o grau de aplicabilidade deste questionário.</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>215. Como você pontuaria sua dedicação e empenho no preenchimento deste instrumento.</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				

## ANEXO IV – INSTRUMENTO PARA ODONTÓLOGOS DAS ESF (Banco 6)

**Pesquisa:** “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

**Sub Projeto:** “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da USF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Caracterização profissional (Odontólogo)		
BLOCO I - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO		
<b>1. Entrevistado:</b>		
<b>2. Profissão</b> (que exerce nesta equipe) <input type="checkbox"/> Odontólogo		
<b>3. Naturalidade/Cidade:</b>	Estado:	País
<b>4. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>5. Idade</b> em anos completos:	
<b>6. Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> solteiro (a) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> separado (a) <input type="checkbox"/> união consensual <input type="checkbox"/> viúvo (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> outros		
<b>7. Quanto tempo você atua nesta equipe:</b> _____ anos/meses		
<b>8. Reside atualmente em:</b> Cidade: _____		UF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tempo de residência: ..... anos .....meses		
<b>10. Última procedência:</b> Cidade: _____		Estado: _____
<b>11. Formação</b>		
1. <input type="checkbox"/> Graduação em:.....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Especialização em:.....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.1. <input type="checkbox"/> Especialização(outra) .....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Residência em: .....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Mestrado em: .....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Doutorado em: .....		
Instituição: .....		<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada      Ano de Conclusão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p><b>12. Marque o tipo de vínculo que possui com o PSF.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário do município</p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> CLT do município</p> <p><input type="checkbox"/> CLT cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação comissionada</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – grupos profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – empresas</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – fundação e outros órgãos</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – cooperativas</p> <p><input type="checkbox"/> Credenciamento</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação temporária</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato individual de prestação de serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa trabalho/ajuda de custo</p> <p><input type="checkbox"/> Outro, especificar:.....</p>	<p><b>13. Qual foi o critério utilizado p/ ingresso no PSF.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concurso Público</p> <p><input type="checkbox"/> Prova de seleção</p> <p><input type="checkbox"/> Indicação</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <b>Outro. Especificar:</b> .....</p> <p>14. Qual sua carga horária semanal no PSF?</p> <p><input type="checkbox"/> 20 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 30 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 40 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Outra.....</p>
<p><b>15. Qual sua remuneração mensal bruta no PSF?</b> R\$. .....</p>	
<p><b>16. Além da remuneração do PSF você recebe algum outro benefício da prefeitura/Secretaria de Saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> residência</p> <p><input type="checkbox"/> transporte</p> <p><input type="checkbox"/> vale refeição</p> <p><input type="checkbox"/> seguro saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outros, especificar: .....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>nenhum</b></p>	
<p><b>17. Você tem outro vínculo além do PSF?</b>    <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <b>Se sim qual(is):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário do município</p> <p><input type="checkbox"/> Estatutário cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> CLT do município</p> <p><input type="checkbox"/> CLT cedido</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Federal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Estadual</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação comissionada</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – grupos profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – empresas</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – fundação e outros órgãos</p> <p><input type="checkbox"/> Terceirização – cooperativas</p> <p><input type="checkbox"/> Credenciamento</p> <p><input type="checkbox"/> Contratação temporária</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato individual de prestação de serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Bolsa trabalho/ajuda de custo</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Outro, especificar:.....</p>	
<p><b>18. Qual tipo de atividade você exerce neste outro vínculo? (além do PSF)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não exerço nenhuma outra atividade além do PSF</p> <p><input type="checkbox"/> consultório/clínica particular</p> <p><input type="checkbox"/> ambulatório de especialidades</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Filantrópico</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> privado</p> <p><input type="checkbox"/> hospital</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> público</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> privado</p> <p><input type="checkbox"/> instituição de ensino</p> <p><input type="checkbox"/> atuação em seguro de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outra, especificar:.....</p>	<p>19. Qual a carga horária semanal nesta atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> 20 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 30 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 40 horas</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <b>Outra.....</b></p>

<b>20. Qual a última atividade profissional que você desenvolveu antes de ter ingressado na equipe em que se encontra atuando no PSF?</b> <input type="checkbox"/> UBS pública <input type="checkbox"/> PSF no mesmo município <input type="checkbox"/> PSF em outro município <input type="checkbox"/> consultório/clínica <input type="checkbox"/> ambulatório de especialidades <input type="checkbox"/> público <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> hospital <input type="checkbox"/> público <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> atividade de ensino <input type="checkbox"/> assessoria/consultoria <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> outra, especificar:.....				
<b>21. Caso você já tenha trabalhado em outra(s) equipe(s) de PSF, informe o município, estado e o tempo de permanência em cada uma delas.</b>				
	Município	Estado	Tempo (em me	
<b>22. Assinale as alterações ocorridas em sua vida profissional após o ingresso no PSF:</b>				
	Melh orou	Não alterou	se	Pic
1. Na remuneração				
2. Na jornada de trabalho				
3. Na autonomia técnica				
4. Na relação com os pacientes e suas famílias				
5. No prestígio profissional				
6. No trabalho em equipe				
<b>23. Identifique um ou mais mecanismos utilizados para o aprimoramento de sua prática profissional no PSF:</b> <input type="checkbox"/> 1. Assinatura de periódicos especializados (revistas ou outras publicações) <input type="checkbox"/> 2. Participação em treinamento/ curso de curta duração/oficinas ou seminários da área <input type="checkbox"/> 3. Participação em cursos de aperfeiçoamento ou pós-graduação na área <input type="checkbox"/> 4. Pesquisas/ consultas a bibliotecas e bibliografia especializada <input type="checkbox"/> 5. Pesquisas/ consultas a bibliotecas virtuais e bibliografia especializada via internet <input type="checkbox"/> 6. Participação em congressos e eventos científicos da área <input type="checkbox"/> 7. Materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde (manuais, cartilhas, cartazes, textos técnicos e outros documentos) <input type="checkbox"/> 8. Outro, especificar:.....				
<b>24. Quais são as capacitações específicas da Saúde da Família foram realizadas neste ano (2007)?</b>				
	Capacitações realizadas em 2007	Carga Horária		
<b>BLOCO II – SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>				
Marque um "X" no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>
<b>26.</b> Planeja as atividades da equipe considerando os indicadores sociais e de saúde, inclusive de saúde bucal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.</b> Realiza programação das ações definindo metas e indicadores para avaliá-las?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.</b> Realiza diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde priorizando os problemas de saúde mais freqüentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35.</b> Conhece os indicadores pactuados pelo município e os considera no planejamento das ações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36.</b> Avalia periodicamente as metas propostas e reelabora o planejamento de suas ações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37.</b> Consolida os indicadores de sua unidade propondo junto com a comunidade e com o gestor local estratégias para a melhoria dos mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38.</b> Planeja e realiza atividades de educação para os ACS, Aux. de Consultórios Dentários, Técnicos de higiene dental e aux. de enfermagem considerando as suas dificuldades apresentadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>39.</b> O trabalho da equipe considera as informações sócio-econômicas e situações de vulnerabilidade familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>33.</b> Na escala abaixo, qual o grau de implantação destas ações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>216.</b> Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	_____								
<b>217.</b> Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	_____								
<b>BLOCO III – ATIVIDADES QUE ORGANIZAM A ATENÇÃO NAS USF</b>									
Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>					
<b>218.</b> A equipe acolhe os clientes que procuram a unidade programando e organizando o seu atendimento segundo suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>219.</b> A visita domiciliar é atividade sistemática de todos os membros da ESF, inclusive da ESB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>220.</b> A assistência é planejada com base nas evidências científicas existentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>221.</b> O atendimento prestado busca desenvolver a autonomia dos usuários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>222.</b> Realiza discussões de casos clínicos com a equipe definindo atribuições de cada participante na condução dos mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>223.</b> Os atendimentos levantam informações sobre a família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>BLOCO IV - SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE COM A COMUNIDADE</b>									
Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESF	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não Sabe</b>					
<b>224.</b> Programa e realiza ações com/em outras instituições da comunidade (escolas, creches, igrejas, e outras) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>225.</b> Programa e realiza ações com/em conselhos da comunidade (conselho gestor, tutelar, das escolas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>226.</b> Programa e realiza ações com grupos da comunidade (associação de moradores, jovens, mães, e outros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>227.</b> Realiza parceria com ONGS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>228.</b> Caso não tenha conselho gestor estimula a sua organização na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>229.</b> Debate com a comunidade temas de cidadania, direitos a saúde e funcionamento do SUS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>230.</b> Avalia periodicamente as metas e indicadores propostos e reelabora o planejamento de suas ações contando com a participação da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>231.</b> Existem mecanismos de rotina para saber se os serviços respondem as necessidades, críticas e sugestão da população?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>232.</b> Os representantes da comunidade participam nas atividades da unidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>233.</b> Na escala abaixo, qual o grau de implantação destas ações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>234.</b> Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações?	_____								
<b>235.</b> Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações?	_____								
<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES ESPECÍFICAS DE SAÚDE BUCAL</b>									
Marque um “X” no grau de realização das ações pela ESB	<b>Realiza</b>	<b>Realiza em Parte</b>	<b>Não Realiza</b>	<b>Não sabe</b>					
<b>236.</b> Atua na prevenção dos problemas odontológicos da população de 0 a 14 anos realizando: escovação supervisionadas, bochecho de flúor e educação em saúde bucal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

237. Atua na prevenção dos problemas odontológicos em gestantes realizando: escovação supervisionadas, bochecho de flúor e educação em saúde bucal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
238. Atua na prevenção dos problemas odontológicos da população acima de 14 anos, realizando ações educativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
239. Atua na prevenção dos problemas odontológicos dos idosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
240. Trata os problemas odontológicos da população de 0 a 14 anos no âmbito da Atenção Básica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
241. Trata os problemas odontológicos da população acima de 14 anos no âmbito da Atenção Básica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
242. Trata os problemas odontológicos das gestantes no âmbito da Atenção Básica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
243. Trata os problemas odontológicos dos idosos no âmbito da Atenção Básica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
244. Realiza atividades educativas durante a gestação abordando temas relacionados aos cuidados odontológicos com mãe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
245. Realiza atividades educativas durante a gestação abordando temas relacionados à prevenção odontológica para a gestante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
246. Orienta os cuidados básicos de higiene bucal do recém-nascido ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
247. Orienta a alimentação adequada à criança e demais membros da família visando a prevenção de problemas odontológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
248. Identifica e encaminha os pacientes portadores de outras necessidades de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
249. Realiza atividades de acompanhamento da saúde bucal em outros espaços sociais da comunidade (escolas, creches, grupo de jovens, pastoral da criança, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250. Conhece a Legislação de proteção da criança e do adolescente e a utiliza para orientar o seu atendimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
251. Realiza atividades educativas abordando outros temas relacionados a saúde na USF ou em outro espaço na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
252. Na escala abaixo, qual o grau de implantação destas ações? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
253. Quais as principais dificuldades na execução deste conjunto de ações? _____				
254. Quais as principais facilidades na execução deste conjunto de ações? _____				
<b>Bloco VI - Sua percepção sobre o PSF no seu município</b>				
255. Na sua percepção, as equipes do PSF dispõem de exames de apoio diagnóstico e complementares em quantidades adequadas às condições de saúde da população? Justifique: _____				
256. Na sua percepção, a ESF tem condições de resolver 80% dos casos demandados na sua área de atuação? Justifique: _____				
257. Na sua percepção, o atendimento hospitalar disponível ao município cobre as necessidades de referência do PSF? _____				
258. Em sua percepção, são suficientes os serviços de referência para especialidades e reabilitação, para o PSF e ESB? _____				
<b>A partir do funcionamento real do PSF no seu município assinale a sua concordância ou não com as afirmativas abaixo:</b>				
	<b>Concorda totalmente</b>	<b>Não Concorda</b>	<b>Concorda Em parte</b>	<b>Não Sabe</b>
259. O PSF presta assistência integral, contínua a população adscrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
260. O PSF tem ação resolutiva sobre os problemas de saúde da população assistida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
261. O PSF tem favorecido a ação intersetorial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>262.</b> O PSF muda substancialmente o modelo da atenção no município.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>263.</b> O PSF reduz a taxa de internação hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>264.</b> O PSF atua sobre a família como núcleo de abordagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>265.</b> O PSF reforça o vínculo entre profissionais de saúde e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>266.</b> O PSF realiza ação que favorece a ampliação da cidadania e controle social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>267.</b> O PSF proporciona um acompanhamento longitudinal às famílias assistidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>268.</b> O PSF altera os processos de trabalho dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>269.</b> O PSF pode ter efeitos sobre o mercado de trabalho e na formação dos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>270. Indique em ordem de prioridade, as cinco principais dificuldades enfrentadas no funcionamento do PSF.</b>				
1. _____ 2. _____				
_____ 3. _____				
<b>271. Indique por ordem de prioridade, os cinco fatores que tem facilitado o funcionamento do PSF no seu município.</b>				
1. _____ 2. _____				
_____ 3. _____				
<b>272. Como avalia o trabalho da sua equipe?</b>				
_____				
<b>273. Quais outros profissionais inexistentes em sua equipe, você sugere para compô-la?</b>				
_____				
<b>274. Quais capacitações que julga necessário serem ministradas em 2008?</b>				
_____				
<b>275. Que recomendação você faria para aumentar a eficácia do PSF no seu município?</b>				
_____				
<b>Bloco VII –Processo de Trabalho</b>				
<b>276. Quais são as principais dificuldades enfrentadas na realização do seu trabalho?</b>				
_____				
<b>277. Como você enfrenta estas dificuldades?</b>				
_____				
<b>278. O que é preciso mudar para que seu PSF funcione de acordo com o preconizado?</b>				
_____				
<b>279. Quais são as principais facilidades encontradas na realização do seu trabalho?</b>				
<b>280. O que diferencia a sua unidade de Saúde da Família de uma Unidade Básica de saúde convencional?</b>				
_____				
<b>281. Quais são os principais benefícios do PSF para a população?</b>				
_____				
<b>282. Avalie o grau de aplicabilidade deste questionário.</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				
<b>283. Como você pontuaria sua dedicação e empenho no preenchimento deste instrumento.</b>				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10				



## ANEXO V – INSTRUMENTO PARA REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS (Banco 5)

**Pesquisa:** “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

**Sub Projeto:** “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”.

Nome do Conselheiro: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

### I- Identificação

Bloco I	
Perfil Sócio-Econômico e demográfico	
<b>1 - Informe:</b> Município: _____ Escritório Regional: Conselho Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Conselho Gestor <input type="checkbox"/> Unidade SF _____	Porte: <input type="checkbox"/> pequeno <input type="checkbox"/> médio
<b>2 – Indique sua profissão:</b> _____	
<b>3 – Indique órgão/entidade que representa</b> _____ _____	
<b>4 -</b> <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> organização sociedade civil <input type="checkbox"/> ONG	
<b>5 – Tempo de atuação no Conselho</b> ..... meses	
<b>6 - Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>7 – Idade em anos completos:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

#### Sobre o Conselho Municipal de Saúde

8. Em 2007, o seu conselho reuniu-se:

regularmente conforme o regimento  esporadicamente  nunca

9. O Conselho acompanha o trabalho do PSF?

sim  não. Se não, por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Existe facilidade para os usuários serem atendidos nas USF?

\_\_\_\_\_

11. A comunidade participa na organização das atividades da equipe?

\_\_\_\_\_

12. A ESF ouve as reclamações, críticas e sugestões da comunidade?

\_\_\_\_\_

13. A população da área de abrangência da USF usa os serviços da unidade?

\_\_\_\_\_

14. Como você avalia a estrutura física da sua USF?	adequada	Parcialmente adequada	Inadequada	Observação
Tamanho, iluminação, ventilação, segurança				
Limpeza				
manutenção				
Privacidade e conforto ambiental				
A USF é acessível à população adscrita?				

15. Como é feito este acompanhamento? \_\_\_\_\_

16. Qual o papel do PSF na saúde da população do município? \_\_\_\_\_

17. Você acha que o PSF resolve os problemas de saúde da população? Por que? (justificar)

18. Existem reclamações da população em relação ao PSF? (Quais?)

19. Qual a opinião da população sobre a atuação do PSF no município?

20. Qual a proposta de atuação do PSF?

21. Você acha que a população conhece a proposta do PSF? Por que?

#### **Sobre as atividades das equipes**

22. Quais as ações realizadas pela equipe com a comunidade que você conhece? Como avalia este trabalho?

23. Qual a sua opinião a respeito do trabalho desenvolvido pelas equipes de PSF?

24. Você acha que a implantação das equipes de PSF melhorou o atendimento a saúde da população de seu município? Por que?

S

#### **Sobre a participação dos representantes dos usuários**

25. Quais as dificuldades enfrentadas pelos representantes dos usuários para representar a população junto ao Conselho?

26. Você apresenta no Conselho reclamações da população sobre o funcionamento do PSF? Que tipo de reclamações?

27. Você sabe se a proposta de implantação do PSF no município foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?

2

8. A seu ver o que deve ser feito para melhorar o PSF no município?

## ANEXO VI - ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS USF (Banco 3)

**Pesquisa:** “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

**Sub Projeto:** “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”.

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Nº de ESF na mesma estrutura física: \_\_\_\_\_ Identifique –as: \_\_\_\_\_

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA ☞ [ preencher um questionário para cada ESF ]					
<b>1. Nome da USF:</b>					
<b>2. Endereço:</b>					
<b>3. Bairro:</b>				<b>4. Telefone:</b>	
<b>5. Mês e Ano de implantação da USF:</b> (Retirar do MS – evolução e credenciamento de ESF)					
<b>6. A estrutura física da USF é:</b> ☞ [Marque quantas alternativas forem necessárias]					
<input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> É uma Unidade Nova - construída especificamente para este fim <input type="checkbox"/> É uma antiga unidade básica convencional reformada <input type="checkbox"/> Foi implantada em uma área onde não havia unidade básica de saúde de referência para população <input type="checkbox"/> Foi implantada em uma área onde a população era assistida por uma unidade básica convencional. <input type="checkbox"/> Outra. Observação:.....					
<b>7. A USF localiza-se:</b>					
<input type="checkbox"/> Dentro da área de abrangência da equipe <input type="checkbox"/> Fora da área de abrangência da equipe					
<b>8. Os Agentes Comunitários de Saúde moram:</b>					
<input type="checkbox"/> Dentro da micro-área onde atua <input type="checkbox"/> Dentro da área de abrangência da USF <input type="checkbox"/> Fora da micro-área onde atua. Nº..... <input type="checkbox"/> Fora área de abrangência da equipe. Nº .....					
<b>9. Área de atuação da equipe de SF é:</b> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Mista					
☞ [Extrair dados do MS, SIAB – julho de 2007]					
<b>10. Nº de ACS Cadastrados:</b>		<b>11. Nº de Microáreas:</b>		<b>12. Nº Microáreas descobertas:</b> ☞ [FÓRMULA = 11-10]	
<b>13. Nº de Famílias Existentes:</b>		<b>14. Nº de Famílias Cadastradas:</b>		<b>15. Cobertura Familiar:</b> ☞ [FÓRMULA = 13/14]	
<b>16. Nº de pessoas cadastradas:</b>		<b>17. Cobertura Populacional da ESF:</b> ☞ [Estimativa população do município 2007/ nº de pessoas cadastradas na equipe]			
<b>18. Nº de profissionais que compõe a ESF:</b> ☞ [ Indique a função que exercem na ESF]					
Nº	Nível Superior	Nº	Nível médio	Nº	Outros membros da ESF
	Odontólogo		Aux. Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde
	Médico		Téc. Enfermagem		Área Administrativa
	Enfermeiro		Téc. Higiene Dental		Limpeza, Manutenção e Vigilância.

	Outros – especificar		Aux. Consultório Dentário		Outros – especificar
			Outros – especificar		
<b>Outras considerações:</b>					
<hr/> <hr/>					
<p><b>19. Como os outros profissionais de nível superior se inserem na equipe. ☞ [atividades pontuais, participam do planejamento das atividades da equipe, qual a frequência]</b></p> <hr/> <hr/>					
<p><b>20. Existe gerente na equipe?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observação: ☞ [Se sim, incluir modo como foi escolhido]</p> <hr/>					
<p><b>21. Existe Conselho Gestor de Saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Existe (qual a participação e relação com a ESF)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca existiu</p> <p><input type="checkbox"/> Já existiu mas não existe atualmente. Justificar.</p> <hr/> <hr/>					
<b>BLOCO II – FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA USF</b>					
<p><b>22. Qual é o horário de funcionamento da unidade?</b></p> <p>Das .....horas às..... e Das .....horas às..... <input type="checkbox"/> Todos os dias (de segunda a sábado)</p> <p>Observação: .....</p>					
<p><b>23. A área de atuação da equipe está mapeada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim - o mapa é utilizado pela ESF? Para quê?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Em construção</p> <hr/>					
<p><b>24. Como a equipe organiza os prontuários da população adscrita?</b></p> <hr/> <hr/>					

**25. Existe uma agenda de atendimento semanal pré definida?** ☞ [Como são distribuídos entre os profissionais]

**Período Matutino**

	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
Médico					
Enfermeiro					
Dentista					
Outro					

**Período Vespertino**

Médico					
Enfermeiro					
Dentista					
Outro					

**26. Quem participou da definição desta agenda? (comunidade, líderes de movimentos, conselho)**

---



---



---

**27. Como é feito o agendamento?**

- Quem agenda? Há participação do ACS?
- Existe um horário específico para agendamento?
- Como a equipe lida com a Demanda Espontânea?

---



---

**28. Há participação da comunidade na organização das atividades da equipe?** ☞ [explorar parcerias, com escolas, igrejas, conselho gestor]

---



---

**29. Existe algum mecanismo na USF para acolher as reclamações, críticas e sugestões da comunidade?**

---



---

**30. Como a USF se relaciona com os outros serviços?** (outras USF, laboratório, hospital, etc.) ☞ [referência e contra-referência]

---



---



## ANEXO VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da Br 163 no Estado de Mato Grosso”

**Sub-Projeto:** “Análise do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso, área de abrangência da BR 163”

**Pesquisadores e instituições envolvidas:**

Dra. Maria Angélica Santos Spinelli (ISC/UFMT), Dra. Maria da Anunciação Silva (FAEN/UFMT), Ms Elisete Duarte (ISC/UFMT), Ms. Fátima Ticianel (SES/MT), Mestrandos Valdelírio Venites (SES/MT), Neuza Cristina Gomes da Costa e Juliane Ferreira Andrade Fonseca.

**Objetivo principal:**

Analisar o processo de implementação do PSF relacionando-o a macro-política e a gestão municipal do SUS nos municípios de abrangência da Br 163/MT (Alta Floresta, Sinop, Sorriso e Diamantino), identificando os fatores que contribuem para o êxito ou que se constituem em obstáculos.

**Procedimentos:**

A coleta de dados será realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas aos agentes decisores, membros do Conselho Municipal de Saúde/Gestor e questionários fechados, auto-aplicáveis para os implementadores (médicos, enfermeiros e dentistas). As entrevistas abrangerão o perfil sócio-ocupacional dos entrevistados e suas opiniões avaliativas sobre as várias dimensões do programa, e das condições de implementação e funcionamento do PSF no município.

**Possíveis riscos e desconforto:**

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica em análise de documentos, preenchimento de questionários e respostas às entrevistas. Possíveis desconfortos decorrentes do receio da identificação dos respondentes aos questionários e entrevistas serão minimizados através da garantia do sigilo absoluto das informações obtidas pelos pesquisadores. O nome, endereço e outras informações pessoais serão removidas dos formulários (questionários e roteiros de entrevistas) que receberão apenas um código para a identificação dos participantes.

**Benefícios previstos:**

Analisar o processo de implementação do PSF relacionando-o a macro-política e a gestão nos municípios de abrangência da Br 163 de Mato Grosso servirá de subsídios para as adequações necessárias, visando fortalecer as inovações e a integralidade dos serviços de saúde. Pretende-se que os resultados auxiliem os gestores e profissionais na redefinição do programa e de suas prioridades. Essa pesquisa **não** oferece nenhuma recompensa financeira aos seus participantes, e **nenhuma vantagem** de outra natureza.

**Participação na pesquisa:**

Sua participação é voluntária e você tem liberdade de não responder a qualquer uma das perguntas do questionário ou da entrevista. Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá perguntar a qualquer um dos pesquisadores no momento da realização da entrevista ou pelo telefone disponibilizado abaixo.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade. Estou ciente também que ficará em meu poder uma cópia deste termo de consentimento.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

**Assinatura do participante:**

.....

**Assinatura do pesquisador principal:**

.....

Em caso de necessidade, contate a Profa. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, através do telefone (65) 3615-8881 – UFMT/Instituto de Saúde Coletiva ou pelo e-mail [angsp@terra.com.br](mailto:angsp@terra.com.br).

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.



## ANEXO VIII – ROTEIRO DE DEBATE DOS GRUPOS FOCAIS

**Pesquisa:** Construção de um Instrumento de Avaliação de Equipes de Saúde da Família.

### Questões Norteadoras.

- 1- Qual o entendimento acerca da saúde da família durante sua implantação?
- 2- A saúde da família é entendida como modelo de atenção?
- 3- Que aspectos ou características diferenciam a saúde da família do modelo tradicional de atendimento?
- 4- Quais foram às facilidades e dificuldades encontradas durante o processo de implantação da saúde da família?
- 5- Após a implantação da saúde da família, foram observadas algumas mudanças? Se sim, quais foram?
- 6- Quais situações ou aspectos deveriam ser fortalecidos ou desenvolvidos para que a saúde da família seja realmente efetiva?
- 7- Quais as características/perfil do profissional para atuar em saúde da família?
- 8- Há envolvimento e participação da comunidade nas atividades das equipes?



































**ANEXO XI - Caracterização das equipes de saúde da família e saúde bucal. Alta Floresta, 2007.**

Nome da USF	Mês/Ano Implantação		Área de Atuação	Nº ACS	Nº Micro Áreas	Cobertura de ACS/microárea	Nº de Famílias Cadastradas	Média de famílias/ACS
	ESF*	ESB* Mod. 1						
PSF I - Vila Nova	Maio 2000	Nov 2001	Mista	04	07	57,2%	852	121
PSF II - Cidade Bela	Nov 2000	Abril 2002	Urbana	05	05	100%	453	90,6
PSF III - Panorama	Set 2001	Ago 2008	Urbana	04	06	66,6%	735	122,5
PSF IV - Sta Rita de Cássia	Abril 2002	Jun 2002	Urbana	07	07	100%	1.127	161
PSF V - Urbano	Abril 2002	-	Urbana	09	09	100%	1.310	145,5
PSF VI - Boa Nova	Abril 2002	Set 2004	Urbana	05	05	100%	833	166,6
PSF VII - Rural	Jun 2004	-	Rural	16	17	94,1%	673	39,5
PSF VIII - Boa Esperança	Ago 2004	Ago 2008	Urbana	05	06	83,3 %	918	153
PSF IX - Bom Jesus	Ago 2004	Nov 2005	Urbana	05	05	100%	741	142,2
PSF X - Gileno F. Teófilo	Mar 2007	-	Mista	03	06	50%	390	130
PSF XI - Valfredo José de Santana	Nov 2007	-	Mista	05	05	100%	676	135,2
<b>TOTAL</b>			<b>63,6% U 27,2% M 9% R</b>	<b>68</b>	<b>78</b>	<b>88,46%</b>	<b>8.708</b>	<b>127,91</b>

Fonte: Relatório de Supervisão do ERS. SES-MT, 2006a.

\* MS, 2008 - DATASUS

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)