

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

Viviane Aparecida Alvares da Silva

**DESEMPENHO DOS MÉDICOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO
A PARTIR DAS EQUIPES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2014

Viviane Aparecida Alvares da Silva

**DESEMPENHO DOS MÉDICOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO
A PARTIR DAS EQUIPES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional
Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa

Belo Horizonte
2014

Ficha catalográfica

S586d
2014 Silva, Viviane Aparecida Alvares da.
Desempenho dos médicos na saúde da família
[manuscrito] : um estudo a partir das equipes de Belo
Horizonte, Minas Gerais / Viviane Aparecida Alvares da
Silva. - 2014.
126 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em
Administração.
Inclui bibliografia (f. 104-109), apêndices e anexos.

1. Médicos – Belo Horizonte (MG) – Teses.
2. Indicadores de saúde – Belo Horizonte (MG) – Teses.
3. Serviços de saúde – Belo Horizonte (MG) – Teses.
I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em
Administração. III. Título.

CDD: 614.981

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG. – FPS/072/2014



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **VIVIANE APARECIDA ALVARES DA SILVA**, REGISTRO Nº 541/2014. No dia 19 de maio de 2014, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 07 de abril de 2014, para julgar o trabalho final intitulado "**Desempenho dos Médicos na Saúde da Família - Um estudo a Partir das Equipes de Belo Horizonte, Minas Gerais**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, área de concentração: **Administração**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de maio de 2014.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Dr. Leandro Pinheiro Cintra
(FJP)

Dr. Reginaldo de Jesus Carvalho Lima
(FPL)

Aos meus pais, com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelo amor incondicional, por me proporcionar tranquilidade e por tornar possível a realização do mestrado. À minha irmã, Sandra, pela amizade e pelo apoio constante. Ao meu saudoso pai, pelo exemplo de dedicação ao trabalho e pelas boas lembranças.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, pelos inúmeros ensinamentos, oportunidades de desenvolvimento e pela valiosa orientação ao longo do mestrado.

Aos amigos do Observatório e Nig.One. Em especial ao Thiago, Núbia e Raquel, pelo incentivo e pelas valiosas sugestões para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior e a Dra. Flávia Lúcia Chein Feres, pelas importantes contribuições fornecidas na qualificação do projeto.

Aos colegas do mestrado da turma de 2012. Especialmente à Élide, Maria Aparecida e Mariana Drumond, por dividir momentos de angústia e de alegria e por tornar mais leve esse período.

E, acima de tudo a Deus que tornou tudo isso possível.

Onde você quer chegar? Ir alto?
Sonhe alto... Queira o melhor do melhor...
Se pensarmos pequeno... Coisas pequenas teremos...
Mas se desejarmos fortemente o melhor e
principalmente lutarmos pelo melhor...
O melhor vai se instalar em nossa vida.
Porque sou do tamanho daquilo que vejo, e não
do tamanho da minha altura.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O objetivo desta dissertação consistiu em descrever a contribuição dos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a consecução dos princípios ordenadores que regem o funcionamento e forma de organização deste modelo de atenção à saúde. Foram utilizados indicadores de desempenho elaborados a partir das atribuições dos médicos da ESF, a fim de mensurar a performance destes profissionais no município de Belo Horizonte. Além disso, buscou-se investigar se o desempenho do médico deste modelo de atenção à saúde é influenciado pelas variáveis *desempenho da equipe de saúde da família, infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, formação profissional e tempo de permanência do médico na equipe da saúde da família*. Os resultados encontrados, em geral, indicaram que o médico da família apresenta desempenho satisfatório em relação a suas atribuições quanto aos princípios ordenadores, o que permite inferir que ele contribui para a consecução dos resultados da Atenção Básica. Os resultados demonstraram que a variável *desempenho da equipe de saúde* influencia a performance do médico no trabalho, o que reforça a importância dessa nova forma de organização do trabalho no sistema de saúde, já que o trabalho em equipe é um dos pilares de sustentação da ESF. As demais variáveis investigadas não contribuíram para explicar a variação do desempenho do médico da família.

Palavras-chave: Desempenho; Estratégia Saúde da Família; Médico; Indicadores de desempenho.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to describe the contributions of physicians Family Health Strategy (FHS) to achieve the ordering principles governing the operation and mode of organization of the health care model. Performance indicators compiled from the duties of doctors FHS were used in order to measure the performance of these professionals in the city of Belo Horizonte. Furthermore, we sought to investigate whether the performance of this medical model of health care is influenced by variables team performance family health, infrastructure Basic Health Unit, vocational training and length of stay in the medical health team family. The results generally indicated that the family doctor will give satisfactory performance in relation to their duties as the ordering principles, which we infer that it contributes to the achievement of the results of Primary Care. The results showed that the variable performance of the healthcare team influences the performance of the physician, which reinforces the importance of this new form of work organization in the health system, since teamwork is one of the pillars of FHS. The other variables investigated did not contribute to explaining the variation in the performance of the family doctor.

Key-words: Performance; Family Health; physician; Performance indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil em 2013	27
Figura 2 – Etapas do gerenciamento do desempenho	42
Figura 3 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte	60
Figura 4 – Etapas de análise	63
Figura 5 – Distribuição dos dados do desempenho do médico da Saúde da Família	88
Figura 6 – Distribuição dos dados do desempenho da equipe de Saúde da Família	89
Figura 7 – Distribuição dos dados da infraestrutura	89
Figura 8 – Distribuição dos dados do tempo de permanência na equipe de SF	90
Figura 9 - Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade	91
Figura 10 – Análise de resíduos	94
Figura 11 – Análise de resíduos padronizados versus valores ajustados	95
Figura 12 - Probabilidade normal: resíduos padronizados	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios Ordenadores da Saúde da Família	17
Quadro 2 – Síntese dos Procedimentos Metodológicos	65
Quadro 3 - Indicadores por Grupos de Usuários.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de pessoas cobertas pelas equipes de SF, período 1998/2013	31
Tabela 2 - Histórico de equipes de saúde da família e cobertura populacional em Belo Horizonte	58
Tabela 3 – Número de médicos da Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Belo Horizonte	64
Tabela 4 – Participação em reuniões com a comunidade	67
Tabela 5 – Número de médicos que realizam visitas domiciliares mensais, por distrito sanitário	68
Tabela 6 - Visitas Domiciliares por grupos de usuários	69
Tabela 7 – Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Mulher	73
Tabela 8 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Gestante	74
Tabela 9 - Média de cumprimento de ações realizada pelos médicos em consulta típica de pré-natal	75
Tabela 10 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Criança	76
Tabela 11 - Média de cumprimento das ações relativas ao grupo Hipertensão Arterial	77
Tabela 12 - Média de cumprimento das ações relativas ao grupo Diabetes	78
Tabela 13 - Média de cumprimento dos procedimentos realizados na consulta de doenças crônicas	79
Tabela 14 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde Mental	80
Tabela 15 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde do Idoso	81
Tabela 16 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde do Adolescente	82
Tabela 17 – Desempenho do médico da Saúde da Família, por distrito sanitário	83
Tabela 18 – Descritivo das variáveis quantitativas	86
Tabela 19– Análise de correlação entre as variáveis independentes	92
Tabela 20 – Análise univariada	93
Tabela 21: Análise de multicolinearidade	97
Tabela 22 – Análise multivariada	97
Tabela 23: Coeficiente de determinação	98

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica (DAB)

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

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

PRO-ADESS - Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SF - Saúde da Família

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Atenção Primária à Saúde – Estratégia Saúde da Família como eixo estruturador do Sistema de Saúde	22
2.2	O profissional médico e sua inserção na Estratégia Saúde da Família.....	32
2.3	Conceituando desempenho.....	37
2.4	Desempenho e saúde – Articulando o debate.....	44
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
3.1	Caracterização da pesquisa.....	51
3.2	Contexto e universo da pesquisa	57
3.3	Coleta de dados	60
3.4	Análise dos dados.....	61
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
4.1	Desempenho do médico da Saúde da Família.....	66
4.2	Resultados da análise de regressão múltipla	84
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	104
	ANEXO A – Indicadores de Desempenho do Médico da Saúde da Família	110
	ANEXO B – Indicadores de Desempenho da Equipe de Saúde da Família	113
	ANEXO C – Indicadores de Infraestrutura	121

1 APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho consiste em descrever o desempenho dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando o cumprimento de suas atribuições quanto aos princípios ordenadores¹ que regem o funcionamento e a forma de organização deste modelo de atenção à saúde. Para tanto, foram utilizados indicadores de desempenho, a fim de mensurar a performance dos médicos no município de Belo Horizonte. Além disso, este estudo buscou averiguar se a performance do médico sofre influência das variáveis *desempenho da equipe de Saúde da Família (SF), infraestrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), tempo de permanência do médico na equipe de SF e formação profissional*.

A partir do objetivo proposto, faz-se necessário refletir sobre a temática “Desempenho” e sua articulação com os resultados organizacionais. No caso da saúde, é preciso compreender, também, o contexto no qual se desenvolve o trabalho médico e as diretrizes que norteiam a forma de organização e funcionamento do sistema de saúde, suscitando a discussão sobre os reflexos do desempenho dos médicos nos resultados da Saúde da Família.

No ambiente contemporâneo, a discussão sobre desempenho vem ganhando espaço e sendo objeto de interesse organizacional, tanto pela dimensão da performance das pessoas quanto pela sua efetiva contribuição para o resultado organizacional. Isso já foi observado na literatura, por exemplo, por Flannery *et al.* (1997), ao sugerirem que a performance dos indivíduos exerce influência sobre o desempenho das organizações, interferindo nos resultados obtidos. Para os autores, independente da estrutura ou da estratégia adotada, as organizações estão percebendo que o desempenho de seu pessoal pode fazer a diferença quanto a seu sucesso ou a seu fracasso. Da mesma forma, Brandão e Guimarães (2001) destacam que as pessoas são um recurso determinante do sucesso organizacional.

Dutra (1996) pontua que os recursos humanos das organizações são essenciais para o bom desempenho organizacional e para que os objetivos e as metas das organizações se traduzam em resultados.

A partir da ênfase dada ao desempenho do profissional torna-se necessário compreender o seu conceito. Dutra (2002, p. 33) define desempenho “como conjunto de entregas e de resultados de uma determinada pessoa para a empresa ou negócio”. De acordo com Becker, Huselid e

¹ Estes princípios são descritos por Starfield (2002) - *primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação* e o *acréscimo da focalização na família e orientação comunitária* no Brasil..

Ulrich (2001) e Brandão e Guimarães (2001), o desempenho pode ser analisado a partir dos resultados alcançados e pelo comportamento exibido pelo profissional.

As organizações, ao analisarem o desempenho, frequentemente, levam em consideração as dimensões “comportamento” e “resultado” (ARANHA, 2010), sendo esta última mais visível e tangível, já que os resultados são mais fáceis de quantificar, reduzem a subjetividade da avaliação, geralmente estão relacionados aos objetivos e às estratégias organizacionais e fornecem base para tomada de decisão (MILANI, 1988). Já os aspectos comportamentais, intangíveis, são mais difíceis de apurar.

Para Milani (1988), o desempenho deve ser avaliado com base em critérios objetivos, focalizando os resultados esperados e produzidos pelo executor. Assim como proposto por esta autora, o desempenho, neste estudo, foi mensurado tendo como foco os resultados esperados e os resultados produzidos pelos médicos da Saúde da Família. Para Oliveira-Castro, Lima e Veiga (1996), a avaliação por resultados é útil para mensurar o desempenho dos indivíduos que afeta diretamente os objetivos organizacionais.²

O desempenho é objeto de mensuração e análise organizacional, seja formal³ (escrita) ou informal (não escrita) (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998). Sua manifestação por meio da chamada “avaliação de desempenho” consiste na utilização de ferramentas de recursos humanos voltadas ao exame da performance dos indivíduos no trabalho. Uma das formas utilizadas para verificar os resultados obtidos pelos profissionais consiste em analisar o desempenho esperado com base em metas e indicadores previamente estabelecidos. Na tentativa de verificar a contribuição do profissional para o alcance dos resultados organizacionais, Guimarães, Nader e Ramagem (1998) enfatizam a necessidade de relacionar os indicadores de desempenho às metas e aos objetivos da organização.

As informações geradas após a apuração dos resultados desta ferramenta permitem que os gestores tenham ciência dos pontos fortes e das fragilidades da performance de seus funcionários, podendo realizar aprimoramentos, quando necessário, além de fornecer bases para subsidiar a tomada de decisão (MILANI, 1988; MILKOVICH e BOUDREAU, 2010). Nesta perspectiva, o desafio que se apresenta às organizações consiste em otimizar a

² Este estudo não pretende tratar da dimensão comportamental, embora tenha sua importância reconhecida no processo de mensuração de desempenho.

³ A formalização da avaliação está associada, segundo Guimarães, Nader e Ramagem (1998), ao tamanho da organização.

contribuição de cada empregado para o alcance dos objetivos e das metas organizacionais (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

O mesmo pode ser observado ao se falar da realidade das organizações de saúde. Considerando uma lógica de recursos escassos, tornou-se quase imperativa a exigência de um acompanhamento sistemático do desempenho organizacional e, também, o monitoramento da performance dos profissionais, tendo como premissa que o desempenho dos recursos humanos na saúde influencia os resultados obtidos pelo sistema (ROCHA, 2011).

Seguindo esta linha de raciocínio, Miguel (2009) destaca que em organizações de saúde é indispensável que os profissionais apresentem elevado desempenho, para melhor servirem o usuário, prestando-lhe os cuidados necessários e fornecendo um serviço de qualidade. Para que possam funcionar, estas organizações precisam contar com as competências e conhecimentos de seus profissionais (MIGUEL, 2009), a fim de alcançarem os resultados esperados.

Esse também é um dos objetivos da Atenção Primária, que busca a excelência em resultados, traduzida na oferta de serviços de saúde efetiva⁴ e de qualidade à população. Avanços nesta área vêm sendo sistematicamente observados no Brasil, notadamente após a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, posteriormente denominado “Estratégia Saúde da Família” (ESF). Este modelo de atenção à saúde vem sendo implantado no Brasil como estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2002), visando atender em quantidade e qualidade e de forma equânime às demandas da população (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

A Saúde da Família é considerada o principal modelo de assistência a saúde no Brasil (MENDES, 2002). Está pautada em um conjunto de princípios ordenadores, conforme pode ser observado no Quadro 01, que caracterizam seu funcionamento e sua forma de organização do trabalho. Starfield (2002) destaca que o cumprimento dos princípios ordenadores vem sendo utilizado como parâmetro de efetividade e qualidade dos serviços de saúde na atenção básica. O cumprimento integral destes princípios contribui para a consecução dos objetivos

⁴ Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados (PROADESS, 2012).

organizacionais (TARABOULSI, 2004) em termos de oferta de serviço de saúde eficaz⁵ e efetiva.

Quadro 1 - Princípios Ordenadores da Saúde da Família

Princípio	Descrição
Primeiro Contato	Refere-se ao acesso e uso do serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio pelo qual as pessoas procuram pela atenção à saúde. Um serviço pode ser considerado porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como primeiro recurso de saúde.
Longitudinalidade	Aporte de cuidados prestados pela equipe de saúde ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
Integralidade	Prestação de todos os tipos de serviços de saúde que atendam às necessidades da população adscrita. Inclui encaminhamento para serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos.
Coordenação	Integração dos níveis primário, secundário e terciário. Capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.
Foco na Família	Interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. Maior familiaridade dos profissionais da atenção primária tanto com o paciente quanto com seus problemas.
Orientação Comunitária	Reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, social e cultural em que vivem os pacientes. Exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva. O reconhecimento do contexto social e o entendimento das condições de vida do paciente são relevantes, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002) e Mendes (2002)

Uma forma de mensurar a atenção primária proposta por Starfield (2002) consiste em avaliar o nível real de alcance de resultados, ao invés do potencial de obtenção dos princípios ordenadores. Ao analisar o desempenho dos profissionais considerando o cumprimento de suas atribuições nos processos de trabalho, é possível identificar *gaps* de desempenho (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001), analisar as causas dessas lacunas (MAGER e PIPE, 1976) e tomar medidas para melhorar a performance dos profissionais e do sistema de saúde.

A adoção da ESF, em última instância, reforça a importância do desempenho dos profissionais que compõem as equipes deste modelo de atenção à saúde, em particular os médicos, tendo em vista que estes profissionais são os principais responsáveis por prestar

⁵ Relação entre os resultados obtidos e os objetivos definidos pelo programa (VIANA e DAL POZ, 1998).

serviços de saúde à população, trabalhando de forma contínua e próxima aos usuários (BRASIL, 1997), com base nas diretrizes e nos princípios da Saúde da Família.

No tocante à contribuição dos profissionais para a consecução dos resultados dos serviços de saúde, em termos de efetividade, o profissional médico da SF exerce papel de destaque (CAPOZZOLO, 2003; RODRIGUES, 2009), tendo em vista que ele é responsável por prestar os primeiros cuidados médicos à população que busca atendimento nas unidades de saúde da Atenção Primária.

É necessário, portanto, que as ações e os serviços de saúde sejam desenvolvidos por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades, a fim de alcançarem os objetivos da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1997). Ressalta-se, também, a importância de realizar o acompanhamento da performance deste profissional no trabalho, para que medidas sejam tomadas, de modo a obter melhor desempenho e qualidade nos serviços de saúde prestados a população.

Outro ponto que corrobora a relevância sobre desempenho do profissional médico refere-se à natureza do serviço de saúde. Segundo tipologia apresentada por Gadrey (2001), a Estratégia Saúde da Família pode ser enquadrada como serviço de relacionamento e profissional. A classificação de serviços, utilizada no enquadramento da ESF baseia-se no grau de interação com o cliente e no grau de intensidade do trabalho (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2003). Nesta perspectiva, a ESF se enquadra no tipo de serviços profissionais no qual há uso de mão de obra intensiva e o grau de interação com o usuário é alto. Ao se falar da natureza dos serviços da ESF, ficam evidentes a centralidade do médico na assistência à saúde e o elevado grau de interação deste profissional com o usuário do serviço.

Tendo por base a natureza profissional dos serviços de saúde e o uso dos princípios ordenadores como balizadores da efetividade e da qualidade dos serviços, este estudo buscou avaliar a performance dos médicos da ESF considerando o cumprimento de suas atribuições nos princípios ordenadores como desempenho esperado. Estudo realizado por Barbosa *et al.* (2011), sobre desempenho das equipes da ESF, demonstrou ser sólida a metodologia de avaliação que considera o cumprimento dos princípios ordenadores para a consecução de serviços de qualidade e de efetividade do sistema.

Oliveira-Castro, Lima e Veiga (1996) destacam que um modelo de avaliação de desempenho para ser bem-sucedido precisa respeitar as características da organização. Daí a importância de analisar o desempenho do profissional considerando as especificidades do setor de serviços de saúde, já que o processo de trabalho apoia-se em uma relação interpessoal intensa, que é decisiva para assegurar a eficácia das ações de saúde (NOGUEIRA, 1997).

No tocante à discussão sobre metodologias de avaliação de desempenho, Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997) destacam que não há um modelo único que possa ser usado em todos os níveis do sistema de saúde. É necessário analisar o que se pretende avaliar antes de iniciar o processo de avaliação. Becker, Huselid e Ulrich (2001) argumentam que não é uma tarefa fácil estimar o impacto do desempenho dos profissionais nos resultados organizacionais. O mesmo é observado por Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997), que consideram bastante problemática a mensuração em saúde, já que esta atividade gera produtos não materiais. No entanto, metas e objetivos quantificáveis facilitam o processo de mensuração.

Partindo dessa premissa, as organizações procuram desenvolver instrumentos para mensurar o desempenho dos profissionais, tendo por base as necessidades e finalidades institucionais (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001), visando potencializar o desempenho dos indivíduos e da organização. Some-se a isso o fato de a mensuração em serviços de saúde estar atrelada a organização do processo de trabalho (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997).

Ao considerar a consecução dos princípios ordenadores para a efetividade da oferta de serviço na ESF, analisou-se o desempenho do médico a partir do cumprimento destes princípios. Assim, a questão que se coloca para investigação nesta dissertação é:

Qual é a contribuição do desempenho do profissional médico para o cumprimento dos princípios ordenadores da Estratégia Saúde da Família?

Para responder a esta pergunta e alcançar o objetivo, foram propostos os seguintes objetivos específicos: a) Levantar os indicadores⁶ de desempenho dos médicos da ESF considerando as atribuições deste profissional nos princípios ordenadores; b) Mensurar a performance dos médicos com base no cumprimento dos indicadores de desempenho, comparando o esperado

⁶ Foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” - Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFGM. Relatório de Pesquisa, 2011.

com o realizado; c) Identificar possíveis *gaps* de desempenho, considerando como desempenho esperado o cumprimento das atribuições previstas nos princípios ordenadores; e d) Reconhecer entre as variáveis *formação profissional, tempo de permanência na equipe de saúde da família, desempenho da equipe de SF e infraestrutura* aquelas que influenciam o desempenho dos médicos na ESF.

A justificativa para este trabalho apoia-se na importância do médico para a Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que a performance deste profissional reflete sobre os resultados deste modelo de atenção à saúde. Sendo assim, este estudo pretende oferecer contribuições para a reflexão acerca do desempenho do profissional médico, tendo em vista sua centralidade no sistema de saúde (CAPOZZOLO, 2003) e por se tratar de um profissional que mantém intenso relacionamento com o usuário.

Outro ponto relevante refere-se à carência de estudos sobre o desempenho dos médicos nos serviços de saúde. Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997) argumentam que não faz parte da cultura da maioria das instituições de saúde brasileira a mensuração do desempenho de seus profissionais. Essa carência é constatada pela incipiência dos processos avaliativos no Brasil. Somente em 2000, a partir da criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, é que houve incentivo à produção de pesquisas de cunho avaliativo voltadas para fornecer bases para a tomada de decisão no âmbito da gestão (BRASIL, 2005).

Por fim, este estudo visa contribuir para a discussão sobre desempenho individual e desempenho organizacional, demonstrando a importância dessa ferramenta de gestão de recursos humanos aplicada no contexto da saúde. Ao vincular o desempenho do profissional médico à consecução dos princípios ordenadores, é possível fornecer informações sobre a contribuição deste profissional para o cumprimento dos princípios norteadores da ESF. A partir das informações levantadas, será possível também identificar fragilidades, realizar aprimoramentos, melhorar o desempenho profissional, subsidiar a tomada de decisão e alcançar os resultados almejados pelo sistema.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos, incluindo esta Apresentação. No segundo capítulo, desenvolve-se o referencial teórico utilizado, abordando a discussão dos temas associados às temáticas “Saúde” e “Desempenho”, bem como informações sobre o médico e sua inserção na Estratégia Saúde da Família. No terceiro capítulo, descreve-se a metodologia de pesquisa, evidenciando as etapas do trabalho. No quarto capítulo, procede-se a

apresentação e análise dos resultados referentes ao desempenho do médico da saúde da família. No último capítulo, formulam-se as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar suporte ao problema de pesquisa proposto, o marco teórico deste trabalho busca refletir sobre as temáticas “Saúde” e “Desempenho”, bem como sobre a inter-relação entre elas. Para isso, faz-se uma breve contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o intuito de esclarecer suas diretrizes e formas de organização. Isso se faz necessário para inserir o debate sobre o profissional médico e situar o contexto em que a discussão sobre desempenho deste profissional se desenvolve. Ainda na temática “Saúde”, tem-se o debate sobre o papel dos médicos na Estratégia Saúde da Família. Posteriormente, apresenta-se uma reflexão sobre desempenho, destacando a relação entre a performance individual e a organizacional, bem como a contribuição dos profissionais para o alcance dos resultados organizacionais. Por fim, busca-se articular desempenho e saúde, relacionando a performance dos profissionais de saúde, especialmente o médico, ao desempenho da Estratégia Saúde da Família.

2.1 Atenção Primária à Saúde – Estratégia Saúde da Família como eixo estruturador do Sistema de Saúde

Para compreender o atual sistema de saúde brasileiro, é necessário entender os modelos sanitários que se sucederam desde a primeira manifestação da atenção básica no Brasil. Entre 1900 e 1950 predominou um modelo de saúde voltado para combater doenças transmissíveis. Neste período, mais precisamente no início de 1940, ocorreu a primeira manifestação da Atenção Primária à Saúde (APS), com a implantação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), marcando, assim, o primeiro Ciclo de Expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O SESP foi pioneiro na criação de unidades de atenção à saúde que articulavam ações preventivas e curativas, mas ainda restritas ao campo das doenças infecciosas. Em meados de 1960, foi incorporado à atenção médica um modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

A partir do processo de urbanização e diversificação da base produtiva, ocorrido na segunda metade do século XX, o sistema de saúde voltou-se para a atenção a indivíduos com emprego formal, por meio da medicina previdenciária. O modelo médico de medicina previdenciária não deu prioridade à organização da atenção primária à saúde, porque constituiu-se como um sistema de atenção aberto e sem base populacional. Na década de 1970, iniciou-se a expansão de cobertura da APS, com a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

Saneamento do Nordeste (PIASS). Este programa alcançou abrangência nacional em 1979, marcando, assim, o segundo Ciclo de Expansão da Atenção Primária à Saúde por todo o Brasil, sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada (MENDES, 2002).

Na década de 1980, ocorreu uma grave crise na Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), propiciando o terceiro Ciclo de Expansão da Atenção Primária à Saúde, marcado pela expansão da cobertura dos serviços de saúde. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS).⁷ Em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), adotando como uma de suas diretrizes a descentralização, expandindo, assim, a cobertura dos serviços de saúde, a partir da criação de unidades básicas nos municípios (MENDES, 2002).

Conforme observa Silva (2009), o SUS, em seu processo de descentralização, ocorrido a partir da transferência da rede de atenção primária do estado para os municípios, foi responsável pelo quarto Ciclo de Expansão da Atenção Primária à Saúde.

Vale destacar que a implantação do SUS ocorre a partir do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado no final dos anos de 1970 e princípio dos anos de 1980, liderado por intelectuais, trabalhadores da saúde e outras representações da sociedade, em busca de um sistema de saúde universal, equânime, resolutivo e com controle social (CARMO, 2010).

O SUS foi implantado no Brasil a partir da Constituição de 1988, e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, em 1990, as quais alteraram a situação de desigualdade observada na assistência à saúde da população brasileira (BRASIL, 1990; MENDES, 2002). Essas leis estabeleceram as diretrizes para o funcionamento do sistema de saúde: universalidade de acesso, integralidade de assistência e equidade (SILVA, 2009).

A universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde garante a qualquer cidadão acesso aos serviços em todos os níveis da assistência. Com base no princípio da integralidade, são reconhecidos o direito e a garantia de acesso aos usuários a todo tipo de serviço de saúde, representando, assim, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade

⁷ O SUDS foi uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas e dos serviços de saúde durante os trabalhos de elaboração da Constituinte e da legislação ordinária para o setor de saúde (CORDEIRO, 2004, ROCHA, 2011).

do sistema. Já o princípio da equidade garante igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Magalhães Júnior (2010) pontua que a conquista destes princípios significa implantar o SUS na realidade de milhões de brasileiros, com ações e serviços de promoção, prevenção assistência e recuperação da saúde para a população, de acordo com suas necessidades, fazendo, assim, o SUS real se aproximar do SUS constitucional.

Silva (2009) destaca que essas três diretrizes do Sistema Único de Saúde romperam com as políticas de saúde implantadas anteriormente no Brasil e estabeleceram uma nova forma de ofertar serviços aos cidadãos: equitativa, integral e universal. Além de romper com o modelo antigo e proporcionar nova forma de oferta de serviços aos cidadãos, o SUS descentralizou tais serviços e implementou a hierarquização da rede do sistema de saúde (Brasil, 1990).

Segundo Viana e Dal Poz (1998, p. 13) o SUS,

[...] definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada.

Conforme observa Mendes (2002), a descentralização foi realizada por meio do processo de municipalização da saúde, que começou pela rede de transferência de Atenção Primária à Saúde do estado para os municípios. A partir da hierarquização, os serviços de saúde foram separados por nível de complexidade, sendo definido que o acesso da população deveria se dar a partir do nível primário de atenção (Mendes, 2002). Além dos centros primários, os secundários e os hospitais com maior nível de complexidade compõem os três níveis do modelo de Atenção Primária a Saúde (STARFIELD, 2002).

Para Viana e Dal Poz (1998), a implantação do SUS significou uma tentativa de romper com os modelos anteriores de saúde, tendo em vista as novas necessidades econômicas, sociais e demográficas. Os autores destacam, ainda, que a implantação do SUS foi marcada desde o início por vários problemas para sua operacionalização, destacando-se o financiamento das ações de saúde, a definição das funções dos três entes governamentais, as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços e a dificuldade do modelo tradicional em colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS.

As mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas no Brasil alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde e passaram a exigir a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. O Brasil convivia, nesse período com incertezas em relação a sua política econômica (controlada apenas a partir de 1994), que apresentava desajustes em suas finanças públicas e oscilação em sua taxa de crescimento. Esse contexto caracterizado por problemas de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde e passou a ser denominado, nos anos de 1990, de “crise da saúde” (VIANA e DAL POZ, 1998).

O projeto reformador da saúde, consolidado na Reforma Sanitária brasileira, deparou-se no início de 1990 com o forte conflito entre os desejos de mudanças oriundos de sua proposta original e a realidade política-econômica-social do período, o que resultou em maiores dificuldades para a implementação do sistema e de seus princípios (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Diante dessas dificuldades, Magalhães Júnior (2010) destaca que o modelo de atenção à saúde defendido pelos reformistas ainda não era hegemônico. Segundo o autor, permaneciam como grandes marcas da atenção à saúde: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; predominância do trabalho assentado exclusivamente no médico e nas especialidades; hegemonia do aparato hospitalar; falta de vínculo e de responsabilização e a resultante desumanização do atendimento; pressão da indústria de equipamentos, insumos e medicamentos; e insatisfação de usuários, trabalhadores da saúde. Ressalta-se que alguns dos pontos levantados pelo autor ainda representam entraves para a implantação e a expansão da nova estratégia de organização do sistema de saúde, a ESF.

A fim de superar as dificuldades apontadas e colocar em prática as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil implantou em 1994 o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado “Estratégia Saúde da Família”, após os resultados obtidos pelo Programa de Agentes Comunitários do Ceará (VIANA e DAL POZ, 1998; MENDES, 2002). Conforme pontua Mendes (2002) os resultados positivos alcançados, especialmente na redução da mortalidade infantil, fizeram com que o MS, em 1991, o ampliasse por todo o País, servindo, assim, de modelo para a elaboração da Saúde da Família.

A opção do Ministério da Saúde por institucionalizar a ESF como a política nacional de atenção primária à saúde foi a de adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços

de saúde no País (MENDES, 2002). Para Magalhães Júnior (2010), este novo sistema de saúde se aproxima dos ditames constitucionais e do ideário reformista brasileiro, pois está voltado para atenção primária de qualidade, apoiado por redes integrais e integradas de atenção.

Diante das dificuldades enfrentadas pelo modelo convencional de saúde em operacionalizar os princípios e os objetivos do SUS (VIANA e DAL POZ, 1998), a ESF tem sido considerada a substituta da rede básica tradicional (BRASIL, 1997). Rocha (2011) pontua que o modelo convencional de saúde apresentou dificuldades em lidar com as condições crônicas, tendo em vista que este modelo de atuação é focado na atenção às condições agudas.

Ressalta-se que as transições demográficas e epidemiológicas ocorridas no Brasil repercutiram sobre a necessidade de serviços de saúde. Teixeira *et al.* (2001) pontuam que a redução da mortalidade por causas infecciosas e parasitária reflete a transição epidemiológica e o envelhecimento da população.

A partir do envelhecimento da população, aumentou a prevalência de doenças crônicas em comparação com as doenças infecciosas. O sistema de saúde precisava, portanto, se adequar para atender às novas demandas da população. Conforme observam Wong e Carvalho (2006), estas novas demandas entram na pauta de discussões sobre a formulação de novas políticas públicas. Segundo Teixeira *et al.* (2011), as políticas públicas de saúde precisam absorver as questões referentes ao aumento de prevalência de doenças crônicas e a maior proporção de idosos na população.

Rocha (2011) cita como fatores favoráveis para o delineamento da Saúde da Família: o processo de transição demográfica e epidemiológica, a necessidade de expansão da oferta de serviços de saúde a população e a oferta de cuidado regionalizado.

Para Capozzolo (2003), o Ministério da Saúde apresentou a proposta da Saúde Família com o intuito de resolver a crise da saúde otimizando a relação custo-benefício, mediante a mudança do objeto da atenção do indivíduo para a família, entendida a partir do espaço em que vive, a forma de atuação baseada no trabalho de uma equipe e a organização geral dos serviços apresentados como porta de entrada do sistema local de saúde.

Viana e Dal Poz (1998) também analisaram a crise da saúde. Para eles esta crise representou uma das razões mais expressivas para o início da reforma da saúde⁸ no Brasil nos anos de 1990, movimento que culminou com o desenvolvimento e a implantação da SF.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a ESF se estendeu por todo o território nacional, atingindo, em dezembro de 2013, 34.715 equipes implantadas no Brasil (Figura 1).

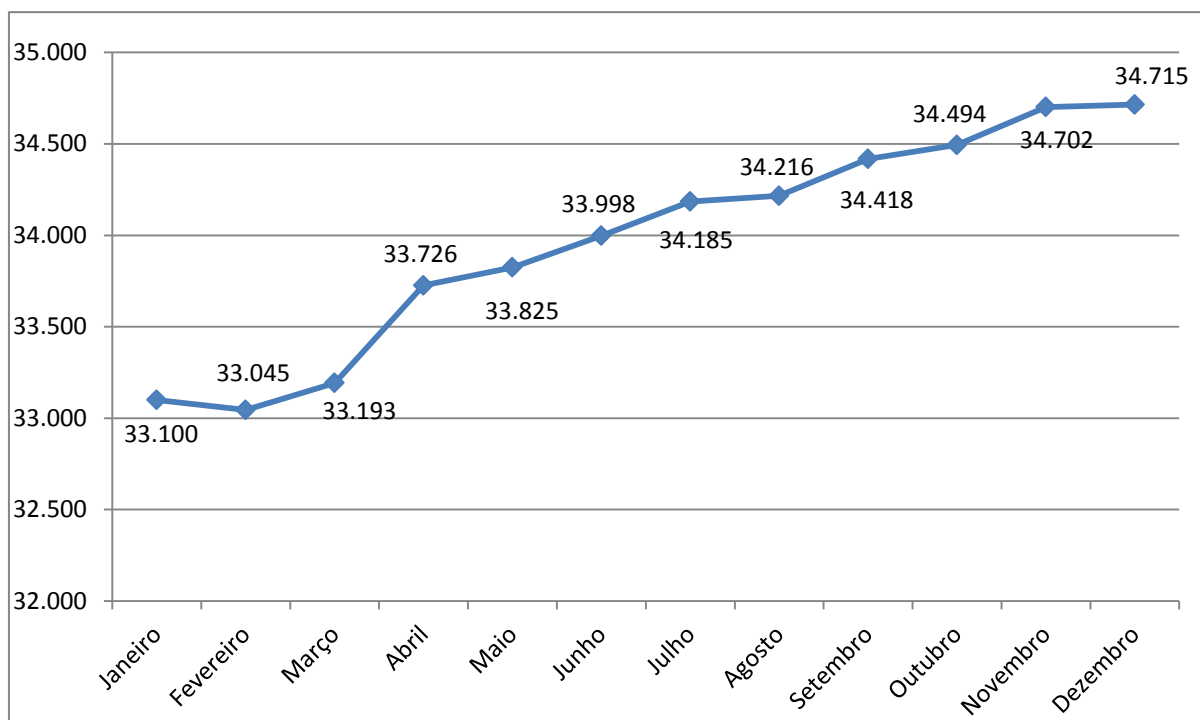


Figura 1 – Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil em 2013

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Apesar da expansão da Saúde da Família, ainda há no cenário nacional duas formas de organização da Atenção Primária a Saúde: a Estratégia Saúde da Família e o Modelo Convencional de Atenção à Saúde (Mendes, 2002).

Segundo Mendes (2002) o modelo convencional de saúde se manifesta por meio de uma unidade básica de atendimento à demanda espontânea por atenção médica que exercita algumas ações programáticas, articulando-se, principalmente, para atenção a condições agudas.

⁸ Segundo os autores, a reforma da reforma, ou reforma incremental, consiste em um conjunto de modificações no desenho e na operação da política de saúde. Assim, a SF consiste em uma reforma do sistema de saúde incremental, tendo em vista que o programa introduziu mudanças importantes nas ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local.

Gil (2005, p. 490) acrescenta que o modelo convencional de atuação está “calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado”.

Já a Estratégia Saúde da Família é caracterizada por desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação características do nível primário, ofertando atenção contínua nas especialidades básicas por intermédio de uma equipe multiprofissional (Brasil, 1997). Trata-se, portanto, de um modelo de atenção baseado na promoção da saúde, tendo como elementos centrais: o trabalho com uma população adscrita, o acolhimento como porta de entrada, a visita domiciliar e a integralidade das práticas e processos de saúde (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Conforme observam Araújo e Rocha (2007) a Saúde da Família passou a ser considerada como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica. Autores como Starfield (2002) e Mendes (2002) defendem que os sistemas de saúde que se organizam tendo por eixo estruturador o foco na Atenção Primária à Saúde apresentam maior eficácia, qualidade e equidade.

Starfield (2002) define a APS da seguinte forma:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidades) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 28).

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção neste modelo de estratégia está centrada na família, percebida a partir de seus ambientes físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997).

O modelo da SF do Brasil está ancorado na ação de uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes

comunitários de saúde, ofertando serviços básicos a uma população adscrita (MENDES, 2002).

Araújo e Rocha (2007) observam que a Estratégia Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum, com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários. Cada profissional que compõe a equipe deve somar esforços para promover a saúde e a qualidade de vida para a população sob sua responsabilidade, sendo este o principal objetivo da atuação multiprofissional (SILVA, 2009). Para Rocha (2011), as alterações do processo de trabalho das equipes foram necessárias para que o sistema de saúde brasileiro fosse capaz de atender às novas demandas de saúde da população.

Os serviços de saúde organizados a partir da APS estão apoiados em um conjunto de princípios denominados “ordenadores” – primeiro contato, coordenação, longitudinalidade, integralidade, orientação comunitária e foco na família -, que conduzem o funcionamento deste modelo de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002). Para Mendes (2002) a qualidade da Atenção Primária à Saúde depende, em grande medida, do cumprimento destes seis princípios ordenadores.

O princípio *primeiro contato*, como a própria denominação indica, refere-se ao acesso do usuário aos serviços de saúde cada vez que um novo atendimento é necessário (STARFIELD, 2002). Representa a porta de entrada para os serviços de saúde e é atribuído à atenção básica (ROCHA, 2011).

Somente após a consulta em uma unidade básica de saúde, caso necessário, é que o paciente é encaminhado para outro nível do sistema. É através do princípio da *coordenação*, que ocorre o funcionamento de forma integrada da atenção básica com os níveis de atenção secundário e terciários (BARBOSA *et al.*, 2009). Implica, assim, a garantia da continuidade da atenção à saúde, com o reconhecimento das questões que requerem acompanhamento constante (Starfield, 2002).

Esse acompanhamento é possibilitado pelo princípio da *longitudinalidade*, que garante a continuidade do cuidado pelos profissionais da equipe de saúde, estabelecendo vínculo entre os usuários e os profissionais (MENDES, 2002). “As interações entre profissionais e

pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade da atenção primária” (STARFIELD, 2002, p. 292).

O princípio da *integralidade* apoia-se nessa interação para reconhecer, atender e orientar ações baseadas na diversidade dos problemas de determinada população (ROCHA, 2011). Exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita, incluindo a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos da atenção e o reconhecimento adequado dos problemas que causam doenças (MENDES, 2002).

Os casos que predisõem e causam doenças, geralmente, ocorrem dentro de um ambiente social. Nesta perspectiva, o princípio da *orientação comunitária* implica a análise situacional das necessidades de saúde e do contexto em que vivem os usuários. Para isso, é relevante que os profissionais de saúde compreendam o contexto social e as condições de vida dos usuários.

Por fim, o princípio *foco na família* determina que os profissionais de saúde tenham conhecimento também da dinâmica familiar, tendo em vista que a família é o foco da atenção primária, tornando-se necessário compreender os problemas nos contextos da família e da rede social (STARFIELD, 2002).

Outro ponto relevante referente à expansão da SF no Brasil diz respeito ao número de famílias cobertas por este modelo de saúde. Conforme dados do Ministério da Saúde, nota-se a expansão do percentual de pessoas cobertas no período de 1998 a 2013. A Tabela 1 apresenta a expansão do percentual de pessoas cobertas pelas equipes em todas as grandes regiões e também no Brasil.

Tabela 1 - Percentual de pessoas cobertas pelas equipes de SF, período 1998/2013

Regiões	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sul	5,06	6,32	16,56	24,17	30,73	34,57	38,93	43,22	44,62	44,85	47,86	49,37	50,42	51,72	53,69	56,51
Sudeste	4,96	5,83	12,25	16,85	22,59	26,48	29,03	32,11	34,03	34,55	36,93	38,07	39,59	41,88	44,24	44,34
Centro Oeste	10,18	9,18	19,61	33,01	38,96	39,85	41,60	45,85	44,70	45,94	48,17	49,78	53,04	53,20	54,78	55,73
Nordeste	9,32	13,57	25,62	37,84	45,33	50,51	54,88	64,33	67,20	67,41	70,62	70,69	72,18	72,54	72,55	75,76
Norte	4,80	11,99	15,78	23,32	29,98	31,34	34,18	40,36	41,85	42,51	47,25	50,55	51,81	50,90	51,35	52,75
Brasil	6,55	8,78	17,43	25,43	31,87	35,69	38,99	44,35	46,19	46,62	49,51	50,69	52,23	53,41	54,84	56,37

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

A partir dos dados apresentados, nota-se a rápida expansão da SF no território nacional. Destaque para região nordeste onde mais de 75% de sua população estavam cobertas pela Estratégia Saúde da Família em 2013. A região sudeste apresenta o menor percentual de cobertura, porém, a maior parte da população brasileira concentra-se nessa região. Ao considerar o total de pessoas cobertas pelas equipes de saúde, 36.169.212, esta região fica atrás somente da região nordeste, 40.839.328⁹.

A expansão da ESF ocorreu principalmente em municípios de médio porte. Atualmente, os esforços governamentais se dirigem à sua expansão nas grandes cidades, onde se encontra a maior parte da população brasileira (CAMPOS e AGUIAR, 2006). Mendes (2002) destaca que incentivos financeiros foram dirigidos à expansão da SF e à conversão do modelo convencional para a ESF.

Outro esforço para a ampliação da SF foi realizado pelo Ministério da Saúde, com apoio do Banco Mundial, mediante o lançamento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com intuito de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes.

A iniciativa do PROESF marcou um novo ciclo da Atenção Primária a Saúde, tendo em vista que caracterizou-se pela expansão de acesso e cobertura dos serviços de saúde. Além disso, foi responsável por colocar em discussão novos entraves que surgiram para a consolidação do SUS e da APS, por exemplo, a avaliação de sistemas e serviços de saúde, como resposta aos

⁹ Conforme dados do MS/SAS/DAB e IBGE de dezembro de 2013.

investimentos realizados pelo Governo Federal e pelos governos estadual e municipal (ROCHA, 2011).

A partir dos esforços observados para a implantação e expansão da ESF, dos desafios que se colocam para sua implantação e operacionalização e diante da necessidade de ofertar atenção integral a população com qualidade e efetividade, faz-se necessário refletir sobre o profissional médico, tendo em vista sua importância para a consecução dos resultados da Saúde da Família. Na próxima seção, apresentam-se ponderações sobre o médico e sua inserção na ESF.

2.2 O profissional médico e sua inserção na Estratégia Saúde da Família

Autores como Capozzolo (2003) e Rodrigues (2009) destacam a centralidade do médico na assistência à saúde. Rocha e Trad (2005) pontuam que essa centralidade é histórica da medicina e, por extensão, do profissional médico na organização dos serviços e das práticas de saúde. É característica também dos serviços profissionais, em que há contato direto e troca interpessoal entre produtores e beneficiários do serviço (GADREY, 2001). A posição de destaque ocupada pelo médico na assistência à saúde justifica o interesse de gestores e pesquisadores em obter informações sobre este profissional, tendo em vista que seu desempenho reflete os resultados dos serviços de saúde.

Conforme aponta Capozzolo (2003), o médico exerce papel principal na avaliação da demanda do paciente e dos riscos individuais de adoecer e na elaboração de um projeto terapêutico capaz de responder a sua necessidade de atenção que inclua desde aspectos preventivos até de reabilitação. A autora salienta que este é o profissional procurado para avaliar qualquer alteração identificada como “doença”.

Na ESF, o profissional médico deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua com a família e a comunidade lhe propicia conhecimento e aprofunda o vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e a manutenção da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Rodrigues (2009) destaca que a fixação do trabalhador de saúde tem sido considerada capaz de promover a melhoria da qualidade da assistência oferecida ao usuário dos serviços de saúde, em decorrência da constituição de vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade na qual o serviço está inserido. A autora salienta que a rotatividade dos médicos

da SF emerge como um obstáculo à efetiva implementação da ESF, tendo em vista a descontinuidade do atendimento.

Capozzolo (2003) pontua que o processo de trabalho dos demais profissionais em saúde é comandado a partir dos saberes médicos, uma vez que é o médico que controla o processo de trabalho a partir de sua autoridade técnica¹⁰ e social (NOGUEIRA, 1997). No setor de saúde, conforme observam Ribeiro, Pires e Blank (2004), os médicos, majoritariamente, ocupam espaços de decisão e mantêm certa independência no que diz respeito a seu trabalho.

Ressalta-se, assim, que o médico possui autonomia para a realização do trabalho, já que trabalha diretamente com o usuário do serviço de saúde (MIGUEL, 2009). Ele não apenas detém a direcionalidade técnica, mas também participa diretamente do ato final, sendo igualmente trabalhador manual (NOGUEIRA, 1997).

Independente da forma de organização do sistema, o médico é a figura principal do processo saúde-doença. Assim, é exigida uma atenção especial a este profissional por parte dos gestores em saúde, uma vez que ele é essencial para o funcionamento dos serviços de saúde, sendo considerado o principal ator em procedimentos como consultas regulares, prescrições de medicamento e encaminhamento para outros níveis de atenção (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Ao analisar a atuação destes profissionais nos serviços de Atenção Básica, Capozzolo (2003) observa que seu trabalho reveste-se de especificidade, decorrente tanto das características da demanda quanto da finalidade do trabalho nesses serviços. A autora salienta que a prática médica deve ser incorporada a outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas.

A articulação de diferentes profissionais na prestação de serviços de saúde é inerente ao modelo de atenção SF, no qual a organização do processo de trabalho baseia-se em uma equipe multiprofissional (ARAÚJO e ROCHA, 2007). Em estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2009), os médicos da SF relataram que o trabalho em equipe permite abranger um contingente maior de pessoas, com diminuição relativa da carga horária de trabalho.

¹⁰ Os médicos se diferenciam dos demais trabalhadores por sua capacidade de comandar o ato técnico (NOGUEIRA, 1997).

Os médicos que atuam na SF destacam o trabalho em equipe como aspecto positivo da organização do trabalho. Segundo eles, a comunicação entre os membros da equipe favorece a troca de experiências e possibilita uma visão integral dos pacientes. Some-se a isso a multidisciplinaridade, que permite incorporar diversos pontos de vista na estratégia de ação das áreas de abrangência da equipe de Saúde da Família (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Conforme pontua Seixas (2006), um dos fatores ligados à satisfação do médico com a SF diz respeito às relações que este profissional estabelece com os demais membros da equipe. O autor aponta, ainda, outros fatores presentes na SF que influenciam a satisfação dos médicos: vínculo com a comunidade, capacitação oferecida na área, desenvolvimento de ações de promoção e prevenção diante da população usuária e autonomia para elaborar o planejamento da estratégia de atuação com base na avaliação das necessidades da comunidade.

O principal motivo de insatisfação dos médicos com o trabalho na SF citado por Seixas (2006) refere-se à estrutura física, incluindo a falta de materiais de trabalho. Na mesma pesquisa, o autor aponta a remuneração, a alta demanda gerada pelo acolhimento e o elevado número de famílias sob responsabilidade da equipe como causas de insatisfação.

Gonçalves *et al.* (2009) acrescentam às causas de insatisfação a falta de respaldo tanto do setor secundário, para encaminhamento dos casos mais graves, como das instâncias governamentais, que tornam o atendimento burocrático e inflam o programa.

No tocante ao processo de trabalho do profissional médico, suas atribuições e responsabilidades podem ser identificadas por meio dos princípios ordenadores da SF, reforçadas pela Portaria, 2.488, de 2011, que elenca como atribuições específicas do médico:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

No que tange à formação do profissional, os médicos precisam de conhecimento mais generalista para atender as famílias na SF, procurando compreender a doença em seus contextos pessoal, familiar e social, para assim, oferecer uma atenção integral, abordando aspectos de prevenção e educação sanitária e empenhando-se para manter seus pacientes saudáveis, quer venham a consultar ou não. O trabalho médico na Atenção Básica é, portanto, um trabalho de alta complexidade, constituído de várias tensões: lidar ao mesmo tempo com normas e padronizações de atendimento e com singularidade do caso; combinar atividades programáticas e projetos terapêuticos individualizados; e realizar intervenções voltadas para diminuir riscos (CAPOZZOLO, 2003).

O tipo de formação influencia a performance do médico na ESF. Para Starfield (2002), os médicos generalistas estão em melhor posição para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde, já que atuam mais próximo do ambiente do paciente. No entanto, o sistema formador não está orientado para a formação de médicos generalista, o que tem dificultado a contratação desse tipo de profissional (VIANA e DAL POZ, 1998).

Gonçalves *et al.* (2009) pontuam a falta de articulação entre a escola médica e a formação adequada para atuação na ESF. Isso é observado por Mendes (2002, p. 67) ao relatar que “os recursos humanos formados pelas universidades, nos âmbitos da graduação e pós-graduação, são preparados para o modelo convencional, com base nas especialidades e para atenção a eventos agudos em sistemas de serviços de saúde fragmentados”.

Além da dificuldade de formação, o enorme contingente de médicos especialistas tem ocupado postos de trabalho nas unidades básicas do sistema público de saúde, já que o mercado de trabalho tem apresentado dificuldade em absorver todos os profissionais em suas áreas de especialização. A inserção dos especialistas nas unidades básicas compromete o

processo de assistência, tendo em vista que estes profissionais não foram devidamente preparados para tal tipo de trabalho (AMORETTI, 2005).

Observa-se baixo desempenho de médicos especialistas no mercado de trabalho em relação aos médicos generalistas no que se refere à medicina como um todo. Estes especialistas, não raro, apresentam deficiência em áreas do conhecimento médico não relacionados à especialidade escolhida e, até mesmo, baixo desempenho em especialidades correlatas (RIBEIRO, GUEDES e NUNES, 2009).

Starfield (2002) pontua que os médicos generalistas – clínicos gerais ou médicos da família - da Atenção Primária lidam com uma variedade mais ampla de problemas, envolvendo, tanto os pacientes individuais como a população com a qual trabalham. O Ministério da Saúde pontua que “preferencialmente, o médico da equipe preconizada pelo Programa Saúde da Família deve ser um generalista; portanto, deve atender a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade” (BRASIL, 1997).

Diante da grande demanda por profissionais e a dificuldade enfrentada pelos municípios para contratar médicos generalistas, devido à falta de articulação entre a escola médica e as necessidades da APS, Gonçalves *et al.* (2009), em estudo sobre médicos no PSF, relatam que as vagas na Saúde da Família passaram a ser ocupadas por profissionais especialistas em início de carreira.

Segundo as autoras, os médicos em início de carreira identificam a Saúde da Família como uma possibilidade para iniciar sua atuação profissional. As autoras identificaram certo receio dos médicos em não conseguir atender às necessidades da SF, tendo em vista a grande abrangência de atuação (atender pessoas de todas as idades, sexo e problemas de saúde) e a necessidade de enxergar o paciente de forma integral, sem compartimentalizá-lo em subespecialidades.

A dificuldade em reter os profissionais na Saúde da Família, é outro ponto que merece destaque, tendo em vista que a rotatividade dos médicos impede a formação de vínculos entre médicos e pacientes, podendo interferir na qualidade do diagnóstico (GONÇALVES *et al.*, 2009) e na resolutividade do atendimento.

Gonçalves *et al.* (2009) observam que a população é a mais prejudicada com a falta de vínculo adequado e duradouro, deixando de receber acompanhamento regular. Assim,

perpetua-se a cultura dos atendimentos eventuais. As autoras destacam como possíveis causas da rotatividade a falta de reconhecimento dos médicos que atuam na APS, a questão salarial e as condições desfavoráveis de trabalho.

Buscando fornecer bases para a reflexão sobre performance profissional, na próxima seção apresenta-se a discussão sobre desempenho e, em seguida busca-se articular desempenho e saúde.

2.3 Conceituando desempenho

A constatação de que a performance dos indivíduos no trabalho reflete os resultados organizacionais (DUTRA, 1996; FLANNERY *et al.*, 1997, SOUZA, 2003) colocou em pauta a discussão sobre desempenho dos profissionais no meio organizacional. Maior destaque foi dado a esta temática a partir da década de 1990, quando ocorreu a abertura econômica e as organizações passaram a atuar em mercados competitivos.

Essas mudanças no cenário exigiram níveis crescentes de excelência em resultados. Diante deste novo contexto, as organizações identificaram em seus recursos humanos a possibilidade de melhorar o desempenho organizacional por meio da performance de seus profissionais (SOUZA, 2003).

Brandão e Guimarães (2001) observam que a ênfase dada ao desempenho dos profissionais não é recente, tendo em vista que Taylor, no início do século passado, já alertava para a necessidade das empresas em contar com “homens eficientes”.

A partir da discussão acerca do tema “Desempenho”, torna-se necessário conceituá-lo. Dutra (2002) afirma que não é uma tarefa fácil realizar tal definição, conceituando-o como conjunto de entregas e de resultados de uma determinada pessoa para a empresa ou negócio. Barbosa (1996, p. 70) pontua “que as definições e os critérios sobre o que é desempenho e os fatores que entram na sua contabilização não são unívocos”.

Autores como Milani (1988) e Brandão e Guimarães (2001) definem desempenho como o resultado alcançado pelo indivíduo. Para Milkovich e Boudreau (2010, p. 98), “o desempenho do empregado é o grau de realização das exigências de seu trabalho.

Um ponto recorrente em estudos sobre desempenho dos profissionais diz respeito aos aspectos do desempenho: comportamento e resultados alcançados pelos indivíduos no trabalho. Milani (1988), Levinson (1997), Sonnentag e Frese (2002), Souza (2003), Abbad *et al.* (2006) destacam o aspecto comportamental e o resultado obtido pelos indivíduos como componentes do desempenho. De acordo com Becker, Huselid e Ulrich (2001) e Brandão e Guimarães (2001), o desempenho pode ser analisado a partir dos resultados alcançados e do comportamento exibido pelo profissional na realização do trabalho.

As organizações, em geral, analisam a performance do indivíduo com base nos aspectos comportamentais e de resultados alcançados por ele. Há autores que valorizam a dimensão comportamental, como Abbad (2006) e Shantz e Latham (2011), considerando o comportamento como a ação que leva ao resultado.

Outros autores, dentre eles Milani (1988), apontam a necessidade de considerar o desempenho em termos de realizações esperadas (resultados) e produzidas pelo indivíduo, ao invés de comportamentos. Conforme pontua Gilbert *apud* Milani (1988, p. 49),

[...] os comportamentos são apenas parte do desempenho e não devem ser confundidos com ele. Observar e medir os comportamentos não indica necessariamente qual é o desempenho atual. A transação total que inclui comportamento e o que é realizado ou produzido pelo mesmo é o que se chama desempenho.

A dimensão comportamental não relaciona a performance do indivíduo ao desempenho da organização. Já a dimensão resultado possibilita a análise do desempenho individual como parte de um processo mais amplo do desempenho da organização. O objeto a ser verificado passa a ser o trabalho que é atribuído ao profissional, tendo em vista o atendimento de objetivos e metas organizacionais (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

Sobre a relação desempenho individual e organizacional, Brandão e Guimarães (2001) enfatizam que o desempenho dos indivíduos influencia o desempenho organizacional, mas também sofre a influência deste. Os autores assinalam a necessidade de associar a performance da organização com a de seus membros, a fim de obter desenvolvimento individual e organizacional.

O desempenho do profissional, em termos de resultados no trabalho, em geral, relaciona-se com os objetivos da organização e são mais aceitos por gestores. Além disso, fornecem dados mais adequados para certos objetivos, tais como: facilitar a tomada de decisões relacionadas a

salário, contratação, demissão, transferência ou promoção; tendo em vista que os dados obtidos pelas realizações dos indivíduos permitem aos gerentes a análise o desempenho dos executores, tendo como referência as realizações esperadas e as alcançadas. Os resultados apresentados devem refletir o verdadeiro nível de desempenho do profissional e permitir a comparação de performance entre diversos executores (MILANI, 1988).

Para a análise da performance dos profissionais, as organizações buscam vincular as metas de desempenho individual aos objetivos e finalidades da organização (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001), criando indicadores de desempenho e parâmetros que possam ser claramente definidos pelos resultados do trabalho (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

Tais indicadores devem ser objetivos, para gerar medidas de comparação entre os diversos desempenhos (LOTTA, 2002), Permitindo assim, comparar os resultados obtidos com metas quantitativas previamente estipuladas (BRANDÃO *et al.*, 2008). Earley *et al.* (1990) e Shantz e Latham (2011) acrescentam que as metas estipuladas estimulam a melhora do desempenho dos profissionais.

A performance dos indivíduos no trabalho depende de múltiplos fatores (BARBOSA, 1996; OLIVEIRA-CASTRO, LIMA e VEIGA, 1996; SONNENTAG e FRESE, 2002; ABBAD *et al.*, 2006). Sobre isso, Barbosa (1996) e Brandão e Guimarães (2001) argumentam que a performance resulta não apenas das competências individuais, mas também das relações interpessoais, do ambiente de trabalho e das características da organização.¹¹ Milani (1988) reforça este discurso ao destacar que o desempenho não deve ser considerado de forma isolada, mas no contexto organizacional.

Nesta mesma linha de raciocínio, Blumberg e Pringle (1982) identificaram três dimensões do desempenho capazes de influenciar a performance dos profissionais: a) capacidade do indivíduo, que inclui conhecimentos, habilidades, inteligência, idade, grau de escolaridades e variáveis semelhantes; b) disposição para fazer, relacionada a fatores que interferem no comportamento do indivíduo no trabalho, tais como, satisfação, personalidade, atitudes, normas, valores, status, ansiedade e envolvimento com o trabalho; e c) oportunidade para desempenhar, que inclui as condições que o indivíduo tem a sua disposição para realizar a

¹¹ Os fatores motivacionais também interferem no desempenho dos profissionais, conforme observam Abbad *et al.* (2006).

tarefa, tais como, suporte organizacional e fluxo de informações necessárias para executar o trabalho, entre outros.

As dimensões capacidade e oportunidade exercem influência direta sobre o resultado do desempenho. Já a dimensão disposição faz alusão aos aspectos comportamentais que levam ao resultado. Para Blumberg e Pringle (1982), a dimensão oportunidade é de grande relevância para a análise do desempenho dos profissionais. No entanto, os autores destacam que não é atribuída a devida importância a esta dimensão em estudos sobre desempenho. Eles afirmam que esta dimensão exerce influência sobre a performance dos profissionais, já que se refere às condições que os indivíduos têm para realizar o trabalho.

As condições de trabalho interferem nos resultados obtidos pelos indivíduos (MILANI, 1988; BARBOSA, 1996). Em caso de deficiência de desempenho, o contexto de trabalho deve ser analisado, pois pode explicar os possíveis *gaps* de performance. Não só o contexto de trabalho, mas também todos os fatores que possam interferir no desempenho do profissional devem ser analisados em caso de desempenho abaixo do esperado (MAGER e PIPE, 1976).

Para conhecer a performance dos profissionais, as organizações têm procurado desenvolver e utilizar metodologias de avaliação de desempenho. As metodologias utilizadas para mensurar o desempenho podem empregar indicadores relacionados tanto ao resultado do trabalho quanto ao comportamento ou processo utilizado para alcançá-lo. Assim, é possível avaliar o profissional tomando como parâmetro não só os resultados decorrentes do trabalho executado, mas também a manifestação, por parte do indivíduo, de competências individuais, que sejam relevantes para a consecução dos objetivos organizacionais (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001).

As metodologias utilizadas para avaliar o desempenho são mais eficazes quando integram a gestão de desempenho, tendo em vista que o planejamento, o acompanhamento e a avaliação em si são etapas do processo de gestão¹² (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

Nota-se, assim, que a ferramenta de avaliação utilizada para mensurar performance corresponde a uma etapa da gestão de desempenho, tendo em vista que os processos de

¹² O “processo de avaliação”, apresentado pelos autores, ultrapassa a simples prática avaliativa. Por isso, será tratado neste estudo como gestão do desempenho, já que o processo de avaliação mencionado inclui: planejamento, acompanhamento, avaliação, análise e replanejamento.

planejamento e acompanhamento (característicos do gerenciamento de desempenho) antecedem a avaliação.

Brandão e Guimarães (2001) destacam que a avaliação consiste em um mecanismo da gestão do desempenho e apresenta significado distinto da gestão. Conforme assinalam os autores, avaliar significa comparar os resultados almejados com os resultados esperados (planejados), de forma que só o trabalho previamente planejado deva ser objeto de avaliação. Já a gestão do desempenho fornece ao mecanismo de avaliação a conotação de um processo que envolve atividades de planejamento, de acompanhamento e de avaliação propriamente dita.

A gestão de desempenho faz parte de um processo maior de gestão organizacional, uma vez que permite rever estratégias, objetivos, processos de trabalho e políticas de recursos humanos, entre outros, objetivando a correção de desvios e dando sentido de continuidade e sustentabilidade à organização (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001, p. 12).

Oliveira-Castro, Lima e Veiga (1996) argumentam que o processo de avaliação de desempenho deve ser capaz de: valorizar o desempenho eficaz e identificar as discrepâncias na performance dos profissionais; identificar e remover os obstáculos e as restrições organizacionais ao desempenho; apoiar na tomada de decisão quanto à promoção, progressão, remuneração, movimentação, demissão; identificar necessidade de treinamento; e promover e aperfeiçoar programas e políticas de desenvolvimento de recursos humanos.

Para que o processo de avaliação possa produzir estes resultados, é decisivo o papel da área de Recursos Humanos (RH) neste processo. Em caso de desarticulação entre avaliação e o gerenciamento de recursos humanos, os resultados do processo avaliativo serão subutilizados, comprometendo o desenvolvimento profissional e organizacional (LOTTA, 2002).

Guimarães, Nader e Ramagem (1998) pontuam que a avaliação de desempenho é mais eficaz quando integra o processo de planejamento e controle do trabalho da organização, fornecendo informações a outros processos, sendo a prática avaliativa apenas uma etapa do processo de gerenciamento do desempenho. Os autores acrescentam que a avaliação só tem sentido como meio de fornecimento de informações para outros sistemas e processos de trabalho.

O processo de avaliação descrito por Guimarães, Nader e Ramagem (1998) ultrapassa a simples prática avaliativa, sendo considerado um processo mais amplo, como o gerenciamento do desempenho. Isso é observado quando eles pontuam que o processo de avaliação ultrapassa a simples mensuração, englobando o acompanhamento da performance

do indivíduo, com intuito de estimular os profissionais no uso de suas habilidades e capacidades. Os autores ressaltam a necessidade de estabelecer padrões de desempenho durante o planejamento, sendo que isso corresponde ao critério de aceitabilidade do produto do trabalho apresentado em qualidade, quantidade e tempo.

Guimarães, Nader e Ramagem (1998) pontuam que este processo do gerenciamento do desempenho é cíclico marcado por três momentos: o “antes”, que estabelece o planejamento; o “durante”, que acompanha e supervisiona o que foi planejado; e o “depois”, em que se comparam o planejado e o executado, prestando contas e replanejando (Figura 2). Tem-se que a avaliação, utilizada para comparar o desempenho esperado (definido na etapa de planejamento) ao desempenho alcançado pelo indivíduo, somente ocorre na terceira etapa do processo de gerenciamento.

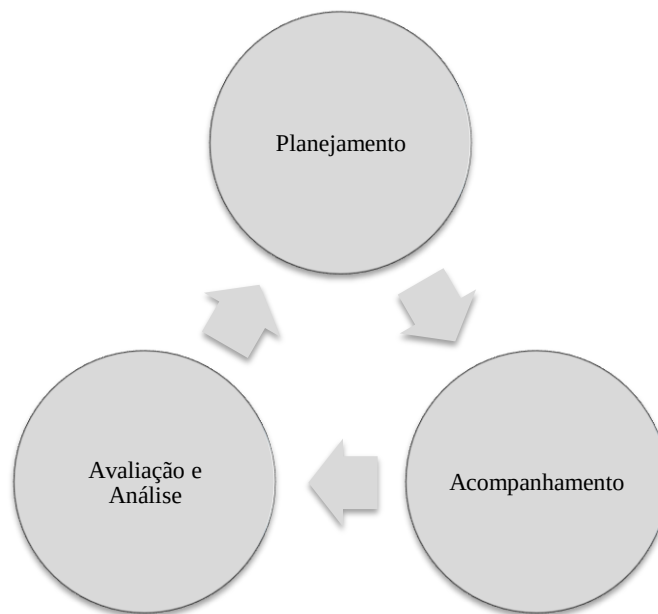


Figura 2 – Etapas do gerenciamento do desempenho

Fonte: Adaptado de Guimarães, Nader e Ramagem (1998).

Durante o planejamento, Oliveira-Castro, Lima e Veiga (1996) salientam a necessidade de levar em consideração as características da organização e de definir padrões de desempenho atingíveis, objetivos e claros.

Milani (1988) destaca a importância de definir os objetivos da avaliação, tendo em vista que a metodologia a ser elaborada depende do objetivo que se pretende avaliar. A autora observa

que cada objetivo requer metodologias diferentes para coletar a informação e demanda estratégias diferentes e dados específicos do desempenho individual.

Ainda na etapa de planejamento, um ponto que merece destaque refere-se à pessoa responsável por avaliar os trabalhadores, tendo em vista que ela pode interferir nos resultados da avaliação. Brandão e Guimarães (2001) apontam a evolução das técnicas em relação à responsabilidade por avaliar, iniciando com a avaliação de “mão única”, passando por modelos de avaliação bilateral, até chegar aos atuais modelos de avaliação por múltiplas fontes.

A evolução das técnicas teve por objetivo reduzir as distorções na avaliação causadas pelos avaliadores. Barbosa (1996) destaca que a metodologia de avaliação de desempenho ideal é aquela que consegue neutralizar ou controlar a subjetividade do avaliador.

Na etapa de acompanhamento, segundo Oliveira-Castro, Lima e Veiga (1996), é avaliada a performance dos indivíduos ao longo do tempo. Na análise do desempenho dos profissionais, é necessário levar em consideração o contexto organizacional, conforme observam Blumberg e Pringle (1982), tendo em vista que problemas de suporte organizacional - como falta de materiais e/ou equipamentos, inadequação do ambiente físico de trabalho, falta de informações sobre objetivos, sobrecarga e/ou sobreposições de tarefas e prazos demasiadamente curtos para execução das tarefas - prejudicam o desempenho do indivíduo. É importante analisar estes fatores, a fim de verificar se o problema de desempenho pode ser eliminado com ações sobre o indivíduo e/ou mediante a exclusão de obstáculos organizacionais (OLIVEIRA-CASTRO, LIMA e VEIGA, 1996).

Isso já era observado por Mager e Pippe (1976), ao destacarem a importância de analisar as fontes dos problemas de performance, visto que o desempenho é uma função de múltiplas variáveis. Para que as discrepâncias sejam identificadas, é preciso realizar um diagnóstico adequado, verificando quais restrições são impostas ao desempenho pelo ambiente de trabalho e quais estão relacionadas diretamente ao indivíduo. Esta análise permite a tomada de decisão e o replanejamento de ações, iniciando, assim, o ciclo do gerenciamento do desempenho (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

No tocante ao processo de gestão do desempenho, Becker, Huselid e Ulrich (2001) pontuam sobre a necessidade de desenvolver um sistema de mensuração capaz de conectar pessoas,

estratégia e desempenho; ou seja, alinhar pessoas aos objetivos e estratégias da organização, para que elas possam contribuir para a consecução do resultado organizacional. Para isso, a área de RH necessita “ampliar seu foco, da sua função administrativa tradicional, para uma função estratégica mais abrangente” (BECKER, HUSELID e ULRICH, 2001, p. 16).

O reconhecimento do desempenho humano como fator impulsionador do sucesso da organização tornou a gestão de recursos humanos um fator estratégico, sendo esta área responsável por adequar os funcionários às exigências organizacionais, utilizando as informações resultantes do processo de mensuração de desempenho em seu planejamento estratégico (LOTTA, 2002). Nesse sentido, Guimarães, Nader e Ramagem (1998) destacam que a avaliação do trabalho deve ser considerada uma função estratégica pelas organizações.

A discussão apresentada sobre desempenho está apoiada em ações de recursos humanos e são aplicadas, na maioria dos casos, ao contexto industrial. No entanto, conforme pontuam Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997), as metodologias utilizadas para aferir desempenho podem ser ajustadas para o setor de serviços de saúde. Para tanto, é preciso compreender as particularidades do setor de serviços de saúde e o que há de produção em recursos humanos neste campo de atuação, a fim de articular o debate sobre desempenho dos profissionais no contexto de saúde.

2.4 Desempenho e saúde – Articulando o debate

Na perspectiva moderna a Administração de Recursos Humanos procura articular suas ações e práticas aos objetivos organizacionais. O RH envolve dimensões objetivas e subjetivas que compõem diretrizes que indicam como a organização lida com seus membros e como procura por intermédio deles atingir seus objetivos, visando disponibilizar os recursos humanos necessários ao alcance dos objetivos organizacionais (SILVA *et al.*, 2009).

O RH assume um papel mais estratégico no âmbito organizacional, contribuindo para que a organização atinja seus objetivos, alinhando as práticas de recursos humanos à estratégia organizacional (ULRICH, 2000).

Na gestão do desempenho, tem-se a articulação do RH com os objetivos organizacionais, buscando alinhar a performance dos indivíduos às estratégias organizacionais (BECKER, HUSELID e ULRICH, 2001). No entanto, no contexto da saúde, especificamente na Atenção Primária, o RH ainda assume um papel de pouca relevância (MENDES, 2002).

Pierantoni, Varella e França (2004) destacam a negligência e, mesmo, a ausência de políticas para recursos humanos no setor de saúde. Segundo os autores, o RH tem apresentado ações centradas nos aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma abordagem contemporânea centrada na motivação e no desempenho, além de não valorizar o papel dos profissionais.

A negligência pelo campo de gestão do RH na saúde chama a atenção em função da incoerência com o modelo de funcionamento dos serviços de saúde, pautado essencialmente pela utilização de mão de obra intensiva (SILVA *et al.*, 2009).

Pierantoni, Varella e França (2004) acrescentam que o planejamento e o gerenciamento dos recursos humanos de saúde configuram-se como pontos nodais para o equacionamento dos problemas relacionados à prestação dos serviços.

Silva *et al.* (2009), comentam sobre a fragilidade do debate acerca de RH. Segundo os autores, a gestão de Recursos Humanos em saúde mostra predomínio de atividades de caráter burocrático. Eles argumentam, ainda, que há uma significativa carência de práticas de recursos humanos direcionadas para uma atuação pautada em resultados.

A partir da fragilidade observada, nota-se que a discussão sobre desempenho e contribuição dos profissionais para o alcance dos resultados organizacionais não se sustenta pelas ações de recursos humanos na saúde, tendo em vista que esta é marcada por ações burocráticas (LOTTA, 2002; SILVA *et al.*, 2009), atreladas ao contexto da administração de pessoal, restringindo, assim, a possibilidade de melhora da Saúde da Família (SILVA *et al.*, 2009).

Diante da preocupação presente na SF em oferecer um serviço de saúde eficaz, equitativo e de qualidade, torna-se necessário utilizar métodos para mensurar este sistema. La Forgia e Couttolenc (2009) destacam que o desempenho em saúde pode ser mensurado a partir de: resultados obtidos, eficiência, qualidade, equidade e satisfação dos pacientes.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde discorre sobre a tarefa de avaliar da seguinte forma:

Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, 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 (BRASIL, 2005, p. 6).

Essa prática avaliativa configura-se como instrumento para a realização de aprimoramentos, tendo em vista a dificuldade em definir em que ponto determinado serviço de saúde apresenta fragilidades sem que um procedimento avaliativo sistematizado seja realizado (BARBOSA *et al.*, 2009).

Os resultados obtidos por meio da avaliação devem ser considerados não apenas como um dado técnico, mas como informação de interesse de todos: gestores, profissionais de saúde e população. É necessário desenvolver formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação (Brasil, 1997).

Vários estudos surgiram com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, merecendo destaque o de Donabedian, que elaborou um modelo de avaliação baseado em estrutura, processo e resultado.¹³

Barbosa *et al.* (2009) destacam que é necessário pensar em um modelo que seja capaz de avaliar o desempenho a partir do que realiza. Ou seja, do processo de trabalho, do impacto que gera na saúde da população atendida, dos princípios ordenadores e da percepção dos funcionários sobre o serviço prestado. Partindo desses pressupostos, os autores desenvolveram uma metodologia de avaliação de desempenho das equipes de Saúde da Família, considerando como resultado da ESF o cumprimento de seus princípios ordenadores. A partir da metodologia proposta e de sua implementação em pesquisa realizada no município de Belo Horizonte, evidenciou-se que o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde na SF podem ser mensurados, considerando para isso o cumprimento de seus princípios ordenadores.

No Brasil, o maior número de estudos de cunho avaliativo surgiu após a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, cuja principal atribuição era definir critérios, fluxos e mecanismos para a avaliação da Atenção Básica, pautadas em linhas norteadoras vinculadas aos princípios do SUS e às diretrizes da SF enquanto estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

¹³ Para mais informações ver Donabedian (1992).

A avaliação e o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde vêm ganhando destaque na agenda nacional. O desempenho é definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem os sistemas de saúde. No processo de mensuração de desempenho, a definição dos objetivos e das metas do sistema de saúde representa o ponto de partida para a montagem de qualquer metodologia de avaliação de desempenho. Ambos variam segundo os valores e princípios que regem os distintos sistemas de saúde. Um segundo ponto a ser levado em consideração nesse processo diz respeito às especificações das dimensões que serão avaliadas, tendo em vista que a definição das medidas e dos indicadores variará segundo o que se queira avaliar (ALMEIDA, 2003).

Várias iniciativas reforçam o interesse em monitorar o sistema de saúde, por exemplo: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que, segundo informações do Ministério da Saúde, busca ampliar o acesso e a melhorar a qualidade da Atenção Básica, criando um padrão de qualidade comparável, nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil;¹⁴ Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro (PRO-ADESS); e Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

Conforme apontam Facchini *et al.* (2006), iniciativas como o PROESF, que busca reformular a Atenção Primária por meio da ESF, vêm sendo utilizadas para avaliar o desempenho dos serviços de saúde em termos de estruturas, recursos humanos e processos, para prevenir os desperdícios de recursos decorrentes da implantação de ações ineficazes. O acompanhamento tem sido realizado com o intuito de descrever o desempenho de saúde, verificar fragilidades, realizar aprimoramentos e substanciar a tomada de decisão, buscando ofertar um serviço eficaz, efetivo e eficiente para a população usuária, conforme as diretrizes do SUS.

Outra medida utilizada para mensurar a qualidade dos serviços de saúde diz respeito ao índice de internações por condições sensíveis à Atenção Primária. Alfradique *et al.* (2009) observam que este indicador vem sendo utilizado no contexto internacional como medida de efetividade de APS. De acordo com os autores (2009, p. 1337) as

¹⁴ Fonte: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.

[...] condições sensíveis à atenção primária, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.

Mendes (2002) observa que o percentual de internações por condições sensíveis representa um importante indicador para medir a qualidade da Atenção Primária. O autor salienta que as altas taxas de internações por condições sensíveis estão associadas à baixa resolutividade da atenção primária à saúde, o que leva a internações desnecessárias ou, possivelmente, evitáveis.

Segundo Alfradique *et al.* (2009), o intuito de utilizar o indicador por condições sensíveis à Atenção Primária é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a APS no País e comparar o desempenho. Segundo os autores, o uso deste indicador faz parte da estratégia para aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais.

Para que a Atenção Primária possa evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência, é necessário que o cuidado deva ser resolutivo e abrangente, uma vez que é de responsabilidade da Atenção Primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A performance dos profissionais de saúde tem papel fundamental na resolutividade das ações da APS, principalmente o médico, que presta o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, encaminhando os pacientes a outros níveis do sistema quando necessário.

Para alcançar os objetivos dos serviços de saúde, o desempenho do profissional assume grande relevância, tendo em vista a nova organização do trabalho, baseada em uma equipe de saúde da família, e a intensa relação entre os membros das equipes e os usuários do sistema (NOGUEIRA, 1997). O papel de destaque dos profissionais é observado por Rocha (2011) ao pontuar sobre a necessidade de concentrar esforços coletivos e individuais para a consecução dos objetivos organizacionais.

As ações em saúde, para que possam apresentar os resultados esperados pelo sistema, devem se apoiar na atuação de seus profissionais (ROCHA, 2011). O tipo de serviço profissional no qual se enquadram os serviços de saúde (GADREY, 2001; FITZSIMMONS e

FITZSIMMONS, 2003) demonstra a centralidade dos profissionais para a efetividade e a qualidade dos serviços prestados à população na ESF (SILVA *et al.*, 2009) em termos do cumprimento dos processos de trabalho da equipe de Saúde da Família e dos profissionais que a compõem (BRASIL, 2011). Os processos de trabalho citados derivam da nova forma de organização do trabalho da SF e da reorientação das práticas profissionais (GIL, 2005). Conforme pontua Rocha (2011), a nova lógica da prestação de serviços coloca em destaque os profissionais de saúde.

O processo de trabalho nos serviços de saúde compartilha características com outros processos que se dão na indústria e em outros setores da economia. No entanto, é marcado pelas especificidades do setor de saúde, tendo em vista que o serviço prestado se realiza com pessoas e se fundamenta em uma relação interpessoal muito intensa entre os profissionais de saúde e os usuários. Essa relação que pode ser determinante para a eficácia do ato. Além da relação entre usuários e prestadores de serviço, o contexto no qual o indivíduo está inserido deve ser considerado ao analisar a circunstâncias em que se dão os problemas ou necessidades dos pacientes (NOGUEIRA, 1997).

Dada a importância do profissional para a prestação de serviços de saúde, Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997) refletem sobre a dificuldade para mensurar a performance dos indivíduos no contexto de saúde. Os autores advertem que é preciso considerar o que se pretende avaliar antes de iniciar o processo de mensuração do desempenho. Como exemplo de avaliação, citam a possibilidade de mensurar o desempenho do profissional médico, numa unidade ambulatorial com base em: número de consultas realizadas, alcance de metas estabelecidas, redução do número de solicitações de exames complementares, resolutividade dos serviços e impacto dos indicadores de morbi-mortalidade.

No tocante aos processos utilizados na mensuração da performance dos indivíduos, Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997) pontuam que os modelos originalmente desenvolvidos para o contexto industrial podem ser utilizados no setor de serviços de saúde. Para isso, alertam para a necessidade de promover ajustes nas propostas de avaliação do desempenho.

As finalidades das organizações industriais e das de serviços de saúde são bastante distintas. No entanto, em ambos os casos vincular o desempenho dos profissionais aos objetivos organizacionais permite verificar a contribuição dos indivíduos para a consecução dos resultados organizacionais (MILANI, 1988; BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001).

No caso da saúde, o controle do processo de trabalho (GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998) pode ser realizado por meio do acompanhamento do desempenho dos profissionais de saúde no cumprimento dos princípios ordenadores. Trata-se de vincular a performance dos indivíduos em termos de resultados alcançados aos objetivos organizacionais (MILANI, 1988; BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001; GUIMARÃES, NADER e RAMAGEM, 1998).

À luz da discussão apresentada, que evidencia a relevância do debate sobre o desempenho dos profissionais médicos no âmbito da Saúde da Família, é possível viabilizar sua análise de forma empírica, considerando um estudo que parte dos princípios norteadores como elementos preponderantes ao sucesso de tal estratégia ou programa de atenção à saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem por objetivo descrever as etapas metodológicas adotadas para a realização da pesquisa, com o intuito de contextualizar a área de análise, fornecer bases para responder à pergunta de pesquisa e alcançar os objetivos propostos. Para tanto, apresenta-se uma breve caracterização da pesquisa segundo seu tipo e a estratégia adotada. Posteriormente, apresentam-se o universo da pesquisa, os meios utilizados para a coleta de dados e a proposta de análise.

3.1 Caracterização da pesquisa

Considerando o objetivo proposto por este estudo – Descrever o desempenho dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família, considerando o cumprimento de suas atribuições quanto aos princípios ordenadores que regem o funcionamento e a forma de organização deste modelo de atenção à saúde -, adotou-se a pesquisa do tipo quantitativa de caráter descritivo como forma de investigação.

Segundo Roesch (2010), a pesquisa quantitativa é recomendada nos casos em que o propósito do projeto implica medir relações entre variáveis ou avaliar o resultado de algum sistema ou projeto. Conforme pontuam Gonçalves e Meirelles (2004), os dados neste tipo de pesquisa são representados por métricas quantitativas, tendo como apoio central a linguagem matemática. Os autores observam, ainda, que a matemática, por ser uma linguagem não ambígua com maior rigor de conceituação e operacionalização, reduz os vieses interpretativistas dúbios de outros modelos de análise dos fenômenos.

Conforme exposto pelos autores, o emprego da pesquisa quantitativa contribui para gerar medidas consistentes sobre o desempenho dos médicos da Saúde da Família. Além disso, este tipo de pesquisa permite verificar se há relação entre a performance do médico e as variáveis *desempenho da equipe de Saúde da Família, infraestrutura da UBS, formação profissional e tempo de permanência do médico na equipe de SF*.

Quanto a seu caráter, esta pesquisa é classificada como descritiva. Selltitz *et al.* (1965) salientam que os estudos descritivos representam com exatidão as características de um indivíduo, situação ou grupo. Gil (2006) destaca que, além de descrever as características de uma população ou fenômeno, a pesquisa descritiva estabelece relações entre as variáveis. Este fato justifica a escolha da pesquisa descritiva, já que este estudo busca descrever o

desempenho dos médicos da Saúde da Família, considerando a contribuição deles para a consecução dos resultados da Estratégia Saúde da Família; isto é, a contribuição para o cumprimento dos princípios ordenadores.

Como estratégia de pesquisa, optou-se por utilizar o estudo de caso. Conforme pontua Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia que busca examinar o fenômeno contemporâneo em seu contexto. Segundo Goldenberg (2002), o estudo de caso considera a unidade social como um todo, seja um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade com o objetivo de compreendê-los. Entretanto, conforme observa Gil (2006) o estudo de caso possui algumas limitações, como por exemplo, a dificuldade de generalização dos resultados encontrados.

O município de Belo Horizonte foi escolhido como a unidade de análise desta pesquisa. Tal escolha foi intencional, tendo em vista a possibilidade de trabalhar com dados censitários já coletados¹⁵ sobre o desempenho das equipes de SF da Capital mineira, o que permitiu verificar o desempenho dos médicos, utilizando para isso os indicadores referentes às atribuições deste profissional. Além da possibilidade de trabalhar com esses dados, o histórico da Atenção Básica em Belo Horizonte e sua rápida expansão contribuíram para escolha dessa unidade de análise.

A tipologia e a estratégia de pesquisa adotadas forneceram suporte para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, considerando os aspectos quantitativos associados ao cumprimento dos princípios ordenadores. Para tanto, foram utilizados indicadores de desempenho das atribuições do profissional médico.

Milani (1988) pontua que a performance de um profissional pode ser observada por meio do estabelecimento de padrões de desempenho, o que permite identificar as deficiências do executor em termos das diferenças entre os padrões estabelecidos e o desempenho atual. A autora destaca, ainda, a importância de analisar os resultados do desempenho, visando identificar possíveis fatores que interferem no resultado alcançado pelos profissionais.

Cabe ressaltar que o desempenho esperado, neste estudo, corresponde ao cumprimento das atribuições do médico quanto aos princípios preconizados pela Estratégia Saúde da Família.

¹⁵ Dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte”, Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFG. Relatório de Pesquisa, 2011.

Quanto melhor a performance do médico, melhor tende a ser o resultado da ESF, dada a importância deste profissional para a prestação de cuidados na SF.

Na análise da performance do médico, foram consideradas, além dos indicadores de desempenho, variáveis citadas pela literatura que podem interferir no desempenho deste profissional. As variáveis analisadas neste estudo foram: *desempenho da equipe de SF, infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, formação profissional e tempo de permanência do profissional na equipe de Saúde da Família*. A seguir apresentam-se reflexões sobre as variáveis estudadas.

O trabalho em equipe é um dos principais pilares da Saúde da Família. Pressupõe uma relação recíproca de comunicação e interação entre os membros da equipe. A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da população (ARAÚJO e ROCHA, 2007). O estabelecimento de consensos em relação aos objetivos e resultados e a maneira de alcançá-los é uma característica de um trabalho integrado (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Araújo e Rocha (2007) observam que a configuração da organização do trabalho em equipe representa uma forma eficiente de aproveitamento das habilidades humanas e possibilita uma visão mais coletiva do trabalho, reforçando o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

Ressalta-se que em uma equipe multiprofissional o trabalho deve ser realizado em conjunto. Todos os profissionais, de alguma forma, envolvem-se na assistência, agindo de acordo com seu nível de competência, formando, assim, um saber capaz de responder à complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade. A competência de cada profissional de maneira isolada não é suficiente diante da complexidade do atendimento das necessidades de saúde para garantir uma prática integral (COLOMÉ *et al.*, 2008).

A organização do processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional requer a integração entre os membros da equipe, para que os objetivos e resultados da Saúde da Família possam ser alcançados. Na lógica dos resultados, a equipe é concebida como um recurso para aumentar a produtividade e a racionalização dos serviços (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Silva (2009) argumenta que o estabelecimento da equipe multiprofissional ocorreu a partir da concepção de que as habilidades e os conhecimentos de cada categoria profissional são utilizados na interação e articulação de ações para alcançar os fins propostos - ou seja, o cumprimento dos princípios ordenadores.

A partir do que foi exposto, nota-se que é relevante investigar se a equipe de saúde, um dos pilares da SF, influencia o desempenho do médico, dada a complementaridade dos processos de trabalho para a consecução dos resultados e objetivos da SF, a fim de garantir atenção integral à população.

Gyorgvy (2002) aponta as condições de trabalho - entendidas neste estudo como estrutura física da Unidade Básica de Saúde e disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos - como um dos fatores que podem interferir no desempenho dos serviços. O autor destaca a importância da análise das condições de trabalho e observa que a má qualidade da prestação de serviços pode ser parcialmente atribuível ao estabelecimento organizacional no qual os profissionais de saúde trabalham. Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2003) a presença do cliente como participante do serviço requer atenção com ambiente físico e materiais de apoio necessários à prestação do serviço.

Mendes (2002) alerta que a infraestrutura inadequada das unidades de saúde representa um dos principais obstáculos à implantação da ESF, refletindo, assim, na oferta de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde. Segundo o autor, uma das causas da deficiência de infraestrutura na SF decorre da concepção errônea de que o programa é direcionado para pobres de regiões pobres, o que implicitamente, leva ao conceito equivocado de que a Atenção Primária à Saúde é de baixa complexidade tecnológica e, portanto, pode ser ofertada em qualquer situação.

Conforme observam Milani (1988) e Barbosa (1996), as condições de trabalho interferem nos resultados obtidos pelos indivíduos. Para Ribeiro, Pires e Blank (2007), o sucesso ou fracasso na obtenção de resultados não cabem somente ao desempenho dos profissionais de saúde, mas também às características dos serviços de saúde, entre elas as condições disponibilizadas para o exercício do trabalho.

Seguindo esta mesma linha, Barbosa *et al.*, (2011, p. 42), observam que “a avaliação da estrutura emerge de extrema importância, uma vez que os recursos presentes podem

influenciar todo o desenvolvimento dos processos no serviço de saúde e, por consequência, causar impactos nos resultados”.

O contexto de trabalho é uma das variáveis que deve ser investigada em caso de deficiência de desempenho, pois pode explicar os possíveis *gaps* de performance dos profissionais no trabalho. É, portanto, relevante investigar se as condições de trabalho, como adequação da estrutura física e disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos na Saúde da Família, influenciam o desempenho do médico da ESF.

A discussão presente na literatura em relação à formação do médico da SF faz menção ao tipo de médico - generalista/especialista – que é necessário para atuar na Saúde da Família. Estudiosos da Atenção Básica, entre eles Starfield e Mendes, definem os generalistas como os mais adequados, tendo em vista que a APS representa a porta de entrada para os serviços de saúde, e os profissionais médicos precisam lidar com uma variedade de doenças características deste nível do sistema. Starfield (2002) conclui que os médicos generalistas possuem condições mais adequadas para avaliar os múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

Conforme observa Mendes (2002), há, todavia, poucos profissionais com especialização em Saúde da Família, mesmo em relação ao número de equipes já em funcionamento. Viana e Dal Poz (1998) observam que o sistema formador no Brasil não está orientado para a formação de médicos generalista, e isso tem dificultado a contratação deste tipo de profissional.

O mesmo é observado quando Magalhães Júnior (2010) pontua sobre as dificuldades em conseguir médicos da família para atuar na APS. O autor aponta falhas na formação acadêmica em relação às necessidades do SUS e alerta para a necessidade de que o aparelho formador e o SUS caminhem na mesma direção.

Segundo Araújo e Rocha (2007), somente a transformação no aparelho formador fará com que o modelo de atenção à saúde se torne realidade. Os autores observam, ainda, que se a formação dos profissionais não for transformada no aparelho formador o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia. Acrescentam a necessidade de desenvolver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

Diante da dificuldade em contratar médicos generalistas, Amoretti (2005) destaca que os postos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde vêm sendo ocupados por médicos especialistas, o que acaba por comprometer o processo de assistência.

Apesar de grande parte dos pesquisadores apresentar um discurso convergente acerca da necessidade de médicos generalista na APS, há pesquisadores, como Capozzolo (2003), em estudo sobre o trabalho médico na Saúde Família, que questionam sobre a real necessidade de ter exclusivamente médicos generalistas na Atenção Primária. Assim, cabe verificar se a formação do profissional médico da SF influencia sua performance no trabalho.

Outro ponto relevante sobre a discussão dos fatores antecedentes que podem influenciar o desempenho do médico no trabalho diz respeito ao tempo em que este profissional trabalha na equipe de saúde. Segundo Starfield (2002), a interação entre os profissionais de saúde e os pacientes estabelece relações de longa duração, facilitando a obtenção de melhores resultados na Atenção Primária. A autora afirma que o vínculo entre usuário e profissional exerce influência também na adesão ao tratamento.

Gonçalves *et al.* (2009) creditam a rotatividade dos médicos na equipe à dificuldade em estabelecer vínculos adequados e duradouros com a comunidade. Segundo as autoras, a falta de vínculo efetivo impede o acompanhamento regular da saúde do paciente.

A rotatividade de profissionais reduz também o comprometimento com a estratégia, impedindo a formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais (GIL, 2005). Mendes (2002) pontua que a continuidade do cuidado estabelece o vínculo entre os usuários do sistema de saúde e os profissionais. O autor destaca, ainda, que atendimento realizado por diferentes profissionais gera a falta de vínculo.

Conforme observado na literatura, a permanência dos profissionais na equipe de SF por pequenos períodos de tempo dificulta a criação de vínculos com os usuários. É, portanto, relevante investigar a relação entre o tempo de permanência do médico na equipe e seu desempenho no trabalho.

Vale ressaltar que outros fatores que não os mencionados podem influenciar o desempenho do profissional médico, por exemplo: plano de cargo e salários, possibilidade de desenvolvimento na carreira, remuneração, treinamento, comprometimento e identificação com a organização, personalidade do indivíduo e satisfação com o trabalho. No entanto,

ressalta-se que somente os fatores listados anteriormente – desempenho da equipe, infraestrutura da UBS, formação e tempo de permanência na equipe de saúde – foram analisados neste estudo.

3.2 Contexto e universo da pesquisa

Conforme pontua Magalhães Júnior (2010), Belo Horizonte foi uma das primeiras capitais a implantar a Estratégia Saúde da Família. Atualmente, é reconhecida como um dos melhores exemplos de organização da saúde no País, especialmente em uma capital (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

O êxito na implantação e expansão da SF se deu em decorrência da descentralização, ocorrida a partir da transferência da rede de Atenção Primária do estado para a Capital mineira. Em Belo Horizonte, desde a década de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) assumiu toda a gestão¹⁶ dos serviços de saúde no seu território. Isso permitiu diversos movimentos de reorganização, começando pela implantação de mecanismos e ferramentas de controle e avaliação, investimento vigoroso na rede própria de serviços e em tecnologias e a implantação de novas modalidades assistenciais. Estes mecanismos de gestão e regulação foram responsáveis por favorecer a rápida expansão da ESF em Belo Horizonte (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010), conforme pode ser observado na Tabela 2.

¹⁶ De acordo com a NOB 93, foi possibilitado aos municípios, em 1994, assumirem a gestão do SUS no seu território, incluindo os serviços próprios, os da esfera estadual e federal e os da rede contratada e conveniada, em todos os níveis da atenção (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010).

Tabela 2 - Histórico de equipes de saúde da família e cobertura populacional em Belo Horizonte

Ano	Mês	Equipe de Saúde da Família	
		Implantadas	Proporção de cobertura populacional estimada
2003	Dezembro	473	71,43
2004	Dezembro	445	66,58
2005	Dezembro	504	75,41
2006	Dezembro	501	72,77
2007	Dezembro	484	69,58
2008	Dezembro	497	71,45
2009	Dezembro	504	71,42
2010	Dezembro	504	70,9
2011	Dezembro	528	76,69
2012	Dezembro	502	72,6
2013	Dezembro	511	73,59

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

A implantação da ESF em Belo Horizonte ocorreu em 2002. Exigiu adequações estruturais e organizativas para atuação das equipes de Saúde da Família. Em 2003, foi criado o BH Vida: Saúde Integral¹⁷, voltado para a implantação do princípio constitucional da integralidade. Foi estabelecida cobertura de mais de 70% da população pelas equipes de saúde. A ESF em Belo Horizonte conta com um aparato tecnológico de apoio local e está ancorado em redes superpostas de atenção especializada, de urgência, de saúde mental, de saúde bucal, de atenção hospitalar, de apoio diagnóstico e com articulação transversal com as ações coletivas e de promoção e prevenção de agravos (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010).

Ressalta-se que experiência da Saúde da Família implantada no município de Belo Horizonte modificou a estratégia de organização do processo de trabalho, reorientando as ações de saúde numa nova forma de atuação e de compreensão da saúde da população com foco na família e no contexto em que estas famílias vivem.¹⁸

Segundo Teixeira *et al.* (2011), a Estratégia Saúde da Família representa o grande eixo estruturador da Atenção Primária à Saúde. Foi implementada buscando construir vínculos dos usuários com os profissionais de saúde, além de criar uma rede de atenção à saúde.

¹⁷ Nome da ESF em Belo Horizonte.

¹⁸ SMSA – Relatório de Gestão 2010.

Magalhães Júnior (2010) observa que Belo Horizonte experimentou com a ESF uma grande experiência de estruturação de uma nova Atenção Primária e com rede de suporte e ações articuladas de saúde coletiva, possibilitada pela reorganização do seu sistema de saúde. Apesar dos avanços observados, Teixeira *et al.* (2011) destacam que Belo Horizonte ainda enfrenta desafios, referentes à existência de fluxos de processos fragmentados, além das questões inerentes ao financiamento.

Outro ponto relevante para a expansão da ESF diz respeito à territorialização da saúde. Conforme observa Mendes (2002), nos anos de 1980 houve a implantação em vários municípios brasileiros dos Distritos Sanitários, centrados na ideia de territorialização. Segundo o autor, a partir deste momento começou a consolidar-se um sistema de serviços de saúde estruturado em bases populacionais e voltado para a saúde, e não somente para as doenças.

Conforme pontuam Teixeira *et al.* (2011), a *distritalização* da saúde foi adotada em Belo Horizonte em 1989 voltada para construção do seu modelo de atenção à saúde. De acordo com os autores, esse processo de inserção espacial de uma população em dado território resulta de diferentes fatores econômicos e produtivos e influencia as condições de vida dos cidadãos. Ou seja, as condições em determinada sociedade podem melhorar ou danificar o estado de saúde das pessoas.

O município de Belo Horizonte é dividido em nove distritos sanitários (Figura 3), o que favorece o planejamento e a gestão do sistema de saúde (ROCHA, 2011). Conforme observam Starfield (2002) e Teixeira *et al.* (2011), é de suma importância considerar o ambiente em que vivem as pessoas para planejar as ações de saúde.



Figura 3 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte

Fonte: Prodabel – Coordenação de Geoprocessamento

O universo considerado para a realização deste estudo foram os médicos que atuam nas equipes de saúde da família de Belo Horizonte.

3.3 Coleta de dados

Para o levantamento das informações referentes ao desempenho do profissional médico da Saúde da Família, foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte”.¹⁹

Optou-se por trabalhar com dados secundários em função da possibilidade de contar com os dados dos médicos de todas as equipes da Saúde da Família do município de Belo Horizonte no ano de realização da coleta de dados da pesquisa: “Monitoramento de Resultados e

¹⁹ Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011

Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte”, segundo semestre de 2010.

Roesch (2010) destaca que algumas pesquisas podem utilizar apenas dados “secundários”, aqueles que já foram coletados para outro propósito. A autora cita o exemplo de dados censitários e coletados em domicílio como fonte de dados para outros estudos.

Foram coletados, no âmbito desta pesquisa, dados referentes ao processo de trabalho - atendimento clínico, procedimentos e campanhas de promoção e prevenção de saúde - e dados referentes a: estrutura física, disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos nas UBS. Além disso, foram coletadas informações sobre recursos humanos, tais como: composição da equipe, carga horária de trabalho, treinamento, tempo de permanência do profissional na equipe, tipo de vínculo e formação profissional.

A partir do banco de dados desta pesquisa, foram extraídos os indicadores de desempenho dos médicos da Saúde da Família (Anexo A), segundo os princípios ordenadores que regem este modelo de assistência à saúde. Os indicadores de desempenho da equipe de SF (Anexo B) e os indicadores de infraestrutura das UBS (Anexo C) também foram retirados desta base de dados. Além disso, foram utilizados indicadores de recursos humanos referentes a: tempo de permanência do médico na equipe de saúde e formação do profissional médico. Neste caso foi utilizado o indicador sobre especialização em saúde da família e medicina comunitária, tendo em vista que este tipo de formação é generalista e mais indicado, segundo os estudiosos da APS, para atuação na SF.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foi mensurado o desempenho dos médicos da ESF considerando o cumprimento de suas atribuições nos princípios ordenadores que regem este modelo de atenção à saúde. Foi considerado como desempenho esperado o cumprimento de todas as atribuições do médico da SF. Assim, foram comparados o desempenho esperado e o desempenho realizado. O desempenho foi considerado efetivo nos casos em que houve o cumprimento integral das atribuições do médico. Para isso, foram utilizados indicadores de desempenho (Anexo A), a fim de verificar a performance dos médicos para o cumprimento dos princípios ordenadores.

Com isso, foi possível verificar a contribuição do médico para a consecução dos princípios ordenadores e identificar lacunas de desempenho, ou seja, desempenho abaixo do esperado. Conforme aponta Rocha (2011), o cumprimento dos princípios ordenadores é fundamental para se pensar em resultados na APS. Segundo o autor, o cumprimento eficiente do processo de trabalho inerente aos princípios ordenadores contribui para a atuação eficaz dos profissionais que compõem a equipe de saúde e, conseqüentemente, interfere nos indicadores de saúde populacional.

Os resultados do processo de mensuração do desempenho do médico da SF foram apresentados por Distrito Sanitário. Segundo Barbosa *et al.* (2011), a avaliação comparativa do desempenho representa um instrumento interessante do ponto de vista da gestão, na medida em que proporciona informações sobre as regiões e unidades que apresentam melhor desempenho, podendo servir, inclusive, de referência. Nos casos em que há baixo desempenho é recomendado investigar as possíveis causas e, posteriormente, corrigi-las.

Após a aferição do desempenho do profissional médico, foi realizada a segunda etapa da pesquisa com o intuito de verificar se as variáveis, *desempenho da equipe de Saúde da Família, formação profissional, tempo de permanência do profissional na equipe de SF e infraestrutura da Unidade Básica de Saúde* interferem no desempenho do médico da Estratégia Saúde da Família.

As etapas de análise dos dados podem ser observadas, conforme Figura 4.

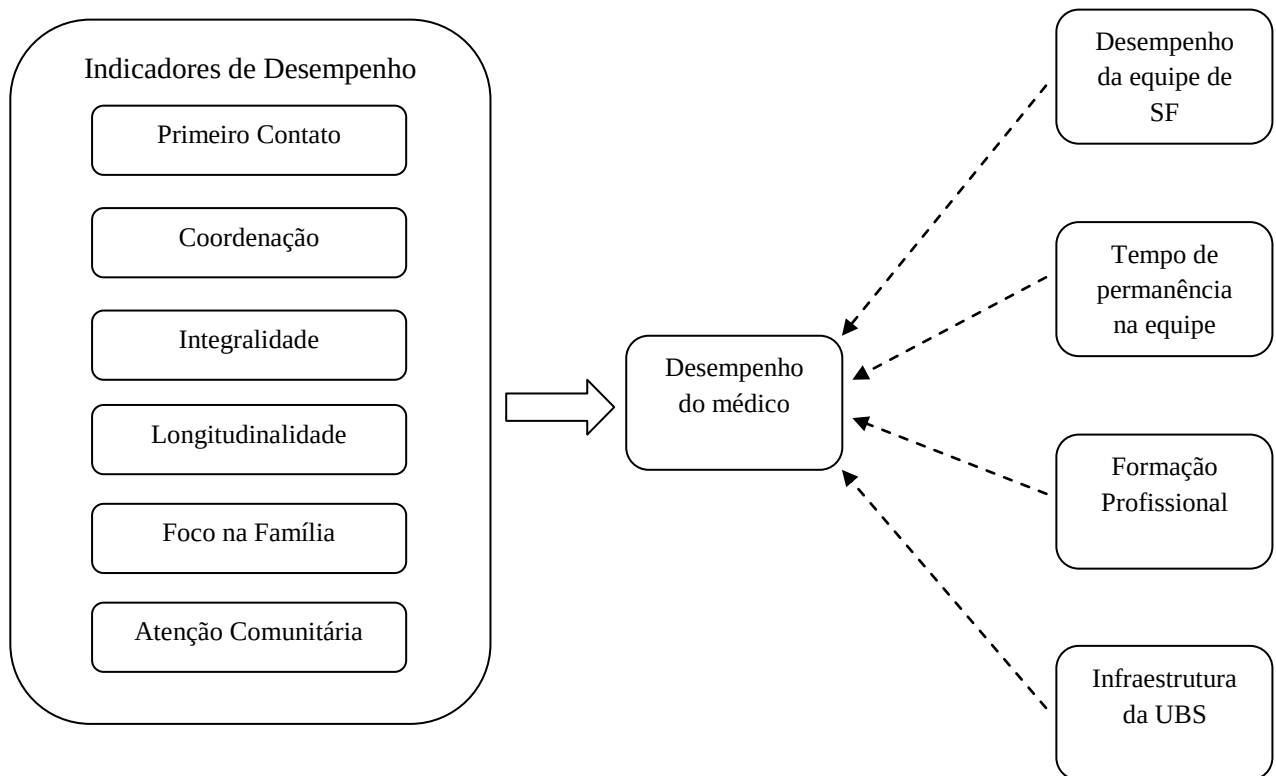


Figura 4 – Etapas de análise

Fonte: Elaborada pela autora

Observa-se na Figura 4 que a análise do desempenho do médico da saúde foi realizada considerando os indicadores de desempenho inerentes aos princípios ordenadores. Na segunda etapa, buscou-se analisar se a variável dependente *desempenho do médico* é influenciada pelas variáveis independentes. O pontilhado da figura indica esta investigação. Somente após a análise da relação de dependência é que se pode afirmar se as variáveis preditoras em questão interferem ou não no desempenho do médico. A análise de regressão múltipla foi utilizada para investigar se há ou não essa relação de dependência.

Para definir o tamanho da amostra deste estudo, foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Diagnóstico e Dimensionamento do Desempenho das Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte”. Dentre as 512 equipes analisadas foram identificadas, inicialmente, 483 casos de equipes que contavam com médico em sua composição. Destas equipes somente 352 apresentaram todos os dados referentes aos indicadores das variáveis analisadas. Optou-se por retirar todos os *missings* da base de dados para não comprometer o processo de modelagem e para preservar os dados a fim de refletir a realidade da forma mais próxima possível.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos médicos por Distrito Sanitário de Belo Horizonte, segundo amostra desta pesquisa.

Tabela 3 – Número de médicos da Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Belo Horizonte

Distrito	Médicos	%
Barreiro	46	13,07
Centro Sul	21	5,97
Leste	27	7,67
Nordeste	54	15,34
Noroeste	56	15,91
Norte	34	9,66
Oeste	47	13,35
Pampulha	16	4,55
Venda Nova	51	14,49
Total	352	100,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte”.²⁰

²⁰ Os dados que compõem a base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” foram coletados no segundo semestre de 2010.

O Quadro 2 sintetiza os procedimentos metodológicos adotados neste estudo.

Quadro 2 – Síntese dos Procedimentos Metodológicos

Objetivo da Pesquisa	Mensurar e descrever o desempenho dos médicos das equipes de saúde da família, considerando para isso o cumprimento dos princípios ordenadores que regem o funcionamento e organização do modelo de atenção à saúde ESF. Além disso, buscou-se verificar se as variáveis: desempenho da equipe de saúde, a infraestrutura da UBS, o tempo de permanência do médico na equipe e a formação deste profissional influenciam a performance do médico da família.
Natureza da Pesquisa	Descritiva
Estratégia de Pesquisa	Estudo de Caso
Universo da Pesquisa	483 médicos que atuavam nas equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte no segundo semestre de 2010.
Amostra da Pesquisa	352 médicos da família. Foram excluídos os casos em que havia missings a fim de não interferir no processo de modelagem regressão múltipla.
Coleta de Dados	Dados Secundários obtidos na pesquisa <i>Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte</i> .
Categorias de Análise	• Indicadores de desempenho dos médicos da SF elaborados a partir dos princípios ordenadores da ESF. • Indicadores de Desempenho da Equipe de SF. • Indicadores de Infraestrutura disponível para as equipes de saúde da família. • Indicador - Tempo de Permanência do médico na equipe. • Indicador - Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
Limitações	Impossibilidade de generalização de resultados.

Fonte: Elaborada pela autora

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados encontrados na pesquisa. Primeiramente, apresenta-se o resultado do desempenho dos médicos, considerando o cumprimento de suas práticas e atribuições. Para isso, foram utilizados indicadores de desempenho, segundo os princípios ordenadores da Estratégia Saúde da Família.

A descrição da performance dos médicos da SF foi realizada por distrito sanitário de Belo Horizonte, a fim de possibilitar a comparação da performance dos médicos em cada distrito. Esta comparação permite identificar os distritos nos quais há maiores deficiência de desempenho do médico e aqueles em que há os melhores índices de performance do médico.

Após aferir o desempenho do médico, procedeu-se à análise de regressão múltipla, a fim de verificar se as variáveis *desempenho da equipe de SF, infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, formação profissional e tempo de permanência* influenciam o desempenho do médico no trabalho.

4.1 Desempenho do médico da Saúde da Família

A mensuração do desempenho dos médicos foi realizada por meio de indicadores²¹ de desempenho, elaborados a partir das atribuições e procedimentos destes profissionais inerentes aos princípios norteadores da Saúde da Família. Os resultados encontrados no processo de mensuração do desempenho do médico e a discussão destes resultados são apresentados nesta seção.

A Tabela 4 mostra o percentual de médicos por distrito sanitário que participaram de reuniões com a comunidade em um semestre. O indicador utilizado para mensurar o princípio da orientação comunitária diz respeito à participação de médicos da Saúde da Família em reuniões com a comunidade. Nos distritos sanitários do Barreiro, Leste e Oeste foram observados os menores percentuais de participação 39,13%, 48,15% e 48,94%, respectivamente. O maior percentual de participação dos médicos em reuniões com a comunidade foi observado no distrito sanitário Noroeste, 69,64%, seguido pelo distrito de Venda Nova, 66,67%.

²¹ Levantados a partir da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” - Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011.

Tabela 4 – Participação em reuniões com a comunidade

Distrito	N	Reuniões com a Comunidade	
		Semestral	%
Barreiro	46	18	39,13%
Centro Sul	21	11	52,38%
Leste	27	13	48,15%
Nordeste	54	33	61,11%
Noroeste	56	39	69,64%
Norte	34	21	61,76%
Oeste	47	23	48,94%
Pampulha	16	8	50,00%
Venda Nova	51	34	66,67%

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo o princípio da orientação comunitária, o conhecimento do contexto social e das condições em que vive a população sob a responsabilidade dos profissionais de SF é relevante na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista que os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que predispõe ou causa doenças (STARFIELD, 2002 e MENDES, 2002). Observa-se que a participação do médico em reuniões comunitárias amplia o contato dele com meio social em que vivem os usuários do sistema, aproximando-o do contexto social e das condições de vida do paciente.

Entretanto, conforme dados da Tabela 4, nota-se baixa participação dos médicos em reuniões com a comunidade. A ausência deles em reuniões comunitárias também pode prejudicar o estabelecimento de vínculos com a comunidade, conforme orientações do princípio da longitudinalidade.

Gonçalves *et al.* (2009), em estudo sobre ser médico no ESF, relata que este tipo de atividade, em alguns casos, é evitada pelos médicos da família, pois eles consideram que sua participação faz com que os encontros com a comunidade sejam vistos como consulta em grupo, fugindo, assim, da finalidade dessas reuniões. Segundo as autoras, os médicos relatam que a troca de informações com os agentes comunitários de saúde é que possibilita o conhecimento do ambiente físico e social em que vivem os usuários dos serviços de saúde sob sua responsabilidade.

O número de médicos que realizam visitas domiciliares pelo menos uma vez por mês foi o indicador utilizado para mensurar o princípio foco na família, tendo em vista que o modelo de atenção da ESF é centrado na família, e não apenas no indivíduo.

Segundo Capozzolo (2003), a família é entendida a partir do espaço em que vive. Ou seja, ela é percebida a partir do seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997). Assim, é importante que os médicos conheçam o ambiente em que vive o paciente, para facilitar o diagnóstico e proporcionar atendimento integral ao usuário.

Tabela 5 – Número de médicos que realizam visitas domiciliares mensais, por distrito sanitário

Distrito	N	Visitas Domiciliares	%
Barreiro	46	45	97,83
Centro Sul	21	20	95,24
Leste	27	27	100,00
Nordeste	54	50	92,59
Noroeste	56	50	89,29
Norte	34	32	94,12
Oeste	47	47	100,00
Pampulha	16	15	93,75
Venda Nova	51	50	98,04
Belo Horizonte	352	336	95,45

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 5, nota-se que a totalidade dos médicos dos distritos sanitários Leste e Oeste realiza visitas domiciliares pelo menos uma vez por mês. O menor percentual foi observado no distrito Noroeste, no qual 89,29% dos médicos realizam visitas mensais. Seis médicos da SF deste distrito não realizam visitas mensais. Ao considerar os dados de Belo Horizonte, verifica-se que 95,45% dos médicos realizam visitas mensalmente, o que corresponde a 336 médicos da família.

Pelos dados da Tabela 5, mais de 90% dos médicos da família realizam visitas domiciliares mensais. Apenas o distrito sanitário Noroeste apresenta percentual de visita domiciliar inferior a 90%. Isso sugere que o médico da SF tem conhecimento da dinâmica familiar e do espaço em que os usuários vivem, facilitando, assim, o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde.

Os indicadores de visitas domiciliares por grupos de usuários realizadas pelos médicos da Saúde da Família podem ser observados na Tabela 6. Por meio destes indicadores, buscou-se mensurar o princípio primeiro contato, que se refere ao acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Segundo Silva (2009), as visitas domiciliares correspondem à proposta da SF, cujo objetivo é garantir o acesso ao profissional em diversos casos, tais como usuários com dificuldade de locomoção, com risco social e vítimas de preconceito.

Tabela 6 - Visitas Domiciliares por grupos de usuários

Distrito	N	Visitas Domiciliares							
		Acamados	%	Usuários com Mobilidade Reduzida	%	Mulher no Período de Puerpério	%	População em Geral	%
Barreiro	46	46	100,00	46	100,00	24	52,17	35	76,09
Centro Sul	21	21	100,00	21	100,00	6	28,57	16	76,19
Leste	27	27	100,00	27	100,00	14	51,85	24	88,89
Nordeste	54	54	100,00	54	100,00	34	62,96	48	88,89
Noroeste	56	56	100,00	54	96,43	17	30,36	18	32,14
Norte	34	34	100,00	34	100,00	11	32,35	26	76,47
Oeste	47	47	100,00	47	100,00	20	42,55	28	59,57
Pampulha	16	16	100,00	16	100,00	4	25,00	5	31,25
Venda Nova	51	51	100,00	51	100,00	38	74,51	43	84,31

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 6 mostra que a totalidade dos médicos dos distritos sanitários realiza visitas domiciliares a pacientes acamados. Nos casos de visitas realizadas a usuários com mobilidade reduzida, nota-se que no distrito sanitário Noroeste 96,43% dos médicos realizam visitas a este grupo de usuários. Nos demais distritos sanitários, 100% dos médicos da família realizam visitas domiciliares a usuários com mobilidade reduzida.

Já as visitas realizadas a mulheres no período de puerpério são bastante reduzidas, conforme pode ser observado na Tabela 6. Nos distritos Centro Sul, Noroeste, Norte e Pampulha, menos de 40% dos médicos pesquisados realizam visitas a mulheres no período de puerpério: respectivamente, 28,57%, 30,36%, 32,35% e 25%. Apenas nos distritos sanitários Nordeste e Venda Nova há mais de 60% dos médicos da família que realizam visitas a este grupo de usuários, 62,96% e 74,51%, respectivamente.

Em relação ao número de médicos que realizam visitas à população em geral, excluindo usuários acamados, usuários com mobilidade reduzida e mulheres no período de puerpério, os médicos que atuam nos distritos sanitários Noroeste e Pampulha apresentam cumprimento deste indicador inferior a 30%. Ou seja, apenas 18 médicos do total de 56 do distrito sanitário Noroeste e 5 médicos do total de 16 do distrito Pampulha realizam visitas clínicas à população em geral. Já nos distritos Leste e Nordeste quase 90% dos médicos realizam visitas domiciliares a este grupo de usuários, ambos com 88,89%. Isso corresponde a 24 médicos do total de 27 do distrito Leste e 48 médicos do total de 54 do distrito Nordeste.

Grande parte das atribuições e dos procedimentos dos médicos da Saúde da Família pode ser observada no princípio Integralidade, tendo em vista que este profissional é responsável por ofertar cuidados de saúde integral aos pacientes, encaminhando-os a outros níveis da atenção, quando necessário. Segundo Mendes (2002), este princípio exige um conjunto de serviços que atenda às necessidades da população adscrita.

Optou-se por apresentar os procedimentos executados pelo médico da ESF por grupos, denominados: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão Arterial e Diabetes), Saúde Mental, Saúde do idoso e Saúde do Adolescente. Isso permite verificar o desempenho do médico em cada um dos grupos citados. Os indicadores analisados podem ser observados no Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores por Grupos de Usuários

Saúde da Mulher

Realiza coleta de material para exame citopatológico (prevenção do câncer de colo de útero)?

Realiza exame clínico de mamas (palpação)?

Realiza prescrição de tratamento para corrimento vaginal?

Solicita exames anti-HIV e VDRL no pré-natal?

Avalia o calendário de vacinação antitetânica da gestante?

Realiza avaliação do estado nutricional da gestante?

Identifica a gestante com patologias que possa resultar em trabalho de parto prematuro e/ou de baixo peso?

Realiza encaminhamento para o pré-natal no serviço de referência, quando indicado?

Realiza consulta médica de pré-natal programada (não considerar intercorrência)?

Trata as gestantes com VDRL+ e toxoplasmose?

Trata com AZT as gestantes HIV+?

Avaliação de peso está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Avaliação da pressão arterial está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Verificação da situação vacinal está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Avaliação de risco está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Medida da altura uterina está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Ausculata de BCF (batimentos cardíaco-fetais) está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Orientação ao aleitamento materno está incluída em uma consulta típica de pré-natal?

Solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal estão incluídas em uma consulta típica de pré-natal?

Registro de todas as anotações no cartão da gestante está incluído em uma consulta típica de pré-natal?

Saúde da Criança

Realiza tratamento da criança desidratada?

Trata as crianças com crise aguda de asma?

Trata os recém-nascidos com sífilis congênita sem relato de tratamento na maternidade?

Orientação alimentar está incluída em uma consulta típica de criança?

Verifica a situação vacinal durante uma consulta típica de criança?

Avalia o risco social durante uma consulta típica de criança?

Registra todas as anotações no cartão durante uma consulta típica de criança?

Realiza o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) durante uma consulta típica de criança?

Doenças Crônicas não Transmissíveis (Hipertensão Arterial e Diabetes)

Realiza a estratificação do risco cardiovascular para todos os hipertensos cadastrados no Protocolo de HAS/RCV?

Realiza Grupos Operativo-Educativos para todos os hipertensos cadastrados?

Realiza consultas médicas para todos os hipertensos (conforme proposto no protocolo de HAS e RCV) de acordo com a estratificação de risco?

Realiza a referência para Atenção Secundária, dos casos indicados aos serviços de média e alta complexidade, com devido acompanhamento do paciente por toda rede assistencial?

Avalia durante as consultas o risco de o paciente desenvolver diabetes?

Realiza acompanhamento dos diabéticos incluindo a prescrição de medicamentos quando necessário?

Encaminha regularmente os diabéticos mal controlados ou com complicações crônicas para as respectivas especialidades?

Utiliza o monofilamento para o exame dos pés?

Utiliza o prontuário eletrônico do diabético?

Orientação alimentar está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

Orientação de atividades físicas está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

Orientação contra o tabagismo está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

É realizado cálculo do IMC (índice de massa corporal) na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

Avaliação dos pés (diabéticos) está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

Cálculo de Escore de Framingham para classificação de risco cardiovascular está incluído na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

Quadro 3 – Indicadores por Grupos de Usuários

Saúde Mental Identifica todos os usuários portadores de sofrimento mental grave? Encaminha para o serviço de referência todos os usuários portadores de sofrimento mental grave? Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)? Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas? Realiza consultas mensais para todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
Saúde do Idoso Realiza acolhimento e/ou primeira consulta médica para todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e prioriza os idosos frágeis ou em situação de vulnerabilidade social? Utiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para detectar ou monitorar os sinais de fragilização? Encaminha para avaliação ginecológica, urológica e saúde bucal periodicamente? Realiza avaliação multidimensional para identificação dos Gigantes da Geriatria (5 “Is” instabilidade, incontinência, iatrogenia, imobilidade e insuficiência cognitiva) ou outros fatores de risco em todas as consultas e co-morbidades? Encaminha os idosos frágeis para as consultas de geriatria, de acordo com os critérios estabelecidos pela SMSA? Encaminha os idosos para avaliação da reabilitação, favorecendo uma intervenção mais precoce, tanto no paciente quanto no ambiente onde ele vive?
Saúde do Adolescente Realiza consulta médica anual de acompanhamento para todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos inscritos? Realiza consultas de acompanhamento periódicas para todos os adolescentes com obesidade? Encaminha todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado?

Fonte: Elaborado pela autora a partir da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” – Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011.

Para a análise do grupo *Saúde da Mulher*, foram considerados três indicadores:

- Realiza coleta de material para exame citopatológico (prevenção do câncer de colo de útero)?
- Realiza exame clínico de mamas (palpação)?
- Realiza prescrição de tratamento para corrimento vaginal?

Na Tabela 7 apresenta-se a média de cumprimento destes indicadores por distrito sanitário. A média de cumprimento das ações relativas à saúde da mulher está acima de 90% em todos os distritos sanitários. Nos distritos Norte e Pampulha, há cumprimento de 100% destes indicadores pelos médicos da família. A média de cumprimento mais baixa é observada no distrito sanitário Oeste, 90,07%.

Tabela 7 – Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Mulher

Distrito	Saúde da Mulher		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	3	2,98	99,28
Centro Sul	3	2,90	96,83
Leste	3	2,79	92,86
Nordeste	3	2,96	98,77
Noroeste	3	2,98	99,40
Norte	3	3,00	100,00
Oeste	3	2,70	90,07
Pampulha	3	3,00	100,00
Venda Nova	3	2,98	99,35

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda em relação ao grupo Saúde da mulher, foram mensuradas as ações realizadas pelos médicos relativas a saúde da gestante. Para isso, foram utilizados os seguintes indicadores:

- Solicita exames anti-HIV e VDRL no pré-natal?
- Avalia o calendário de vacinação antitetânica da gestante?
- Realiza avaliação do estado nutricional da gestante?
- Identifica a gestante com patologias que possa resultar em trabalho de parto prematuro e/ou de baixo peso?
- Realiza encaminhamento para o pré-natal no serviço de referência, quando indicado?
- Realiza consulta médica de pré-natal programada (não considerar intercorrência)?
- Trata as gestantes com VDRL+ e toxoplasmose?
- Trata com AZT as gestantes HIV+?

Os resultados da aferição, apresentados em termos de cumprimento destas ações, podem ser observadas na Tabela 8. Dos oito indicadores analisados, apurou-se média de cumprimento superior a 80%. No distrito sanitário Barreiro, foi encontrada a média mais baixa de cumprimento, 6,65, que corresponde à média de 83,15% de cumprimento das ações relativas à saúde da gestante. O maior percentual médio de cumprimento foi observado nos distritos de Venda Nova, Nordeste e Norte, respectivamente 88,97%, 88,43% e 88,24%.

Tabela 8 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Gestante

Distrito	Saúde da Gestante		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	8	6,65	83,15
Centro Sul	8	6,95	86,90
Leste	8	6,96	87,04
Nordeste	8	7,07	88,43
Noroeste	8	7,02	87,72
Norte	8	7,06	88,24
Oeste	8	7,02	87,77
Pampulha	8	6,94	86,72
Venda Nova	8	7,12	88,97

Fonte: Dados da pesquisa

Foi analisada também a média de cumprimento dos procedimentos realizados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família em uma consulta típica de pré-natal. Os seguintes indicadores foram utilizados:

- Avaliação de peso está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Avaliação da pressão arterial está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Verificação da situação vacinal está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Avaliação de risco está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Medida da altura uterina está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Ausculta de BCF (batimentos cardíaco-fetais) está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Orientação ao aleitamento materno está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
- Solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal estão incluídas em uma consulta típica de pré-natal?
- Registro de todas as anotações no cartão da gestante está incluído em uma consulta típica de pré-natal?

A média de cumprimento dos nove indicadores analisados pode ser observada por meio da Tabela 9. Nos distritos sanitários Barreiro, Norte, Pampulha e Venda Nova, todos os indicadores relativos a uma consulta típica de pré-natal foram cumpridos pelos médicos da família. Nos demais distritos sanitários, observam-se média de cumprimento superior a 98%.

Tabela 9 - Média de cumprimento de ações realizada pelos médicos em consulta típica de pré-natal

Distrito	Consulta de Pré-Natal		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	9	9,00	100,00
Centro Sul	9	8,90	98,94
Leste	9	8,96	99,59
Nordeste	9	8,98	99,79
Noroeste	9	8,98	99,80
Norte	9	9,00	100,00
Oeste	9	8,96	99,53
Pampulha	9	9,00	100,00
Venda Nova	9	9,00	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

No tocante a *Saúde da Criança*, a performance do médico da família foi avaliada por meio de oito indicadores, a fim de aferir os resultados dos procedimentos realizados pelos médicos em relação a este grupo de usuários. A seguir, apresentam-se os indicadores observados:

- Realiza tratamento da criança desidratada?
- Trata as crianças com crise aguda de asma?
- Trata os recém-nascidos com sífilis congênita sem relato de tratamento na maternidade?
- Orientação alimentar está incluída em uma consulta típica de criança?
- Verifica a situação vacinal durante uma consulta típica de criança?
- Avalia o risco social durante uma consulta típica de criança?
- Registra todas as anotações no cartão durante uma consulta típica de criança?
- Realiza o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) durante uma consulta típica de criança?

Na Tabela 10 apresenta-se a média de cumprimento de procedimentos realizados pelo médico da família em relação à saúde da criança. Nota-se média de cumprimento dessas ações acima de 90%. O maior percentual de cumprimento é observado no distrito sanitário Noroeste, 96,88%, seguido pelo distrito sanitário Centro Sul, 95,83%. O percentual médio de cumprimento mais baixo é observado no distrito sanitário Barreiro, onde há, em média, cumprimento de 91,30% dos procedimentos relativos à saúde da criança, seguido pelo distrito sanitário Norte, 91,54%. Nos demais distritos sanitários o percentual médio de cumprimento varia entre 92% e 95%.

Tabela 10 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde da Criança

Distrito	Saúde da Criança		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	8	7,30	91,30
Centro Sul	8	7,67	95,83
Leste	8	7,41	92,59
Nordeste	8	7,56	94,44
Noroeste	8	7,75	96,88
Norte	8	7,32	91,54
Oeste	8	7,57	94,68
Pampulha	8	7,56	94,53
Venda Nova	8	7,49	93,63

Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação ao grupo *Doenças crônicas não transmissíveis*, foram analisados indicadores dos procedimentos dos médicos quanto aos grupos de usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, foram analisados os procedimentos adotados em uma consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação ao grupo Hipertensos, foram analisados quatro indicadores de procedimentos para avaliar o desempenho do médico da família:

- Realiza a estratificação do risco cardiovascular para todos os hipertensos cadastrados no Protocolo de HAS/RCV?
- Realiza Grupos Operativo-Educativos para todos os hipertensos cadastrados?
- Realiza consultas médicas para todos os hipertensos (conforme proposto no protocolo de HAS e RCV) de acordo com a estratificação de risco?
- Realiza a referência para Atenção Secundária, dos casos indicados aos serviços de média e alta complexidade, com devido acompanhamento do paciente por toda rede assistencial?

Na Tabela 11, apresentam-se os resultados da média de cumprimento das ações do médico relativas ao grupo Hipertensão arterial. Dos quatro indicadores analisados para mensurar a performance do médico, a maior média de cumprimento é do distrito sanitário Venda Nova, 3,51, que corresponde a 87,75% de cumprimento das ações realizadas pelo médico da família. Nota-se também média de cumprimento superior a 80% nos distritos Centro Sul (85,71%), Nordeste (87,04%), Noroeste (81,70%) e Pampulha (85,94%). A menor média de cumprimento é observada no distrito sanitário Barreiro, no qual a média é de 2,65, que

corresponde a 66,30% de cumprimento dos indicadores relativos ao grupo Hipertensão arterial.

Tabela 11 - Média de cumprimento das ações relativas ao grupo Hipertensão Arterial

Distrito	Hipertensão Arterial		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	4	2,65	66,30%
Centro Sul	4	3,43	85,71%
Leste	4	2,81	70,37%
Nordeste	4	3,48	87,04%
Noroeste	4	3,27	81,70%
Norte	4	3,18	79,41%
Oeste	4	3,09	77,13%
Pampulha	4	3,44	85,94%
Venda Nova	4	3,51	87,75%

Fonte: Dados da Pesquisa

Para mensurar o desempenho dos médicos em relação ao grupo de Diabetes, foram utilizados cinco indicadores:

- Avalia durante as consultas o risco de o paciente desenvolver diabetes?
- Realiza acompanhamento dos diabéticos incluindo a prescrição de medicamentos quando necessário?
- Encaminha regularmente os diabéticos mal controlados ou com complicações crônicas para as respectivas especialidades?
- Utiliza o monofilamento para o exame dos pés?
- Utiliza o prontuário eletrônico do diabético?

Os resultados das ações realizadas pelos médicos da família relativas a este grupo podem ser observados na Tabela 12. A média de cumprimento dos indicadores analisados varia de 81% a 88% nos distritos sanitários. O maior percentual médio de cumprimento pertence ao distrito sanitário Centro Sul, 87,62%. Já o distrito que apresenta a menor média de cumprimento das ações realizadas pelos médicos da família relativa ao grupo Diabetes é o Barreiro, 81,30%.

Tabela 12 - Média de cumprimento das ações relativas ao grupo Diabetes

Distrito	Diabetes		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	5	4,065	81,30
Centro Sul	5	4,381	87,62
Leste	5	4,222	84,44
Nordeste	5	4,148	82,96
Noroeste	5	4,071	81,43
Norte	5	4,206	84,12
Oeste	5	4,277	85,53
Pampulha	5	4,313	86,25
Venda Nova	5	4,196	83,92

Fonte: Dados da Pesquisa

Foram analisados também os procedimentos adotados em consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis. Para isso, foram utilizados seis indicadores para avaliar o desempenho do médico:

- Orientação alimentar está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
- Orientação de atividades físicas está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
- Orientação contra o tabagismo está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
- É realizado cálculo do IMC (índice de massa corporal) na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
- Avaliação dos pés (diabéticos) está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
- Cálculo de Escore de Framingham para classificação de risco cardiovascular está incluído na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

A Tabela 13 mostra que o percentual médio de cumprimento dos procedimentos realizados pelo médico da família é inferior a 90% apenas nos distritos sanitários Barreiro (89,13%) e Leste (87,04%). Nos demais distritos sanitários, a média de cumprimento dos procedimentos realizados pelo médico da família em uma consulta típica de doenças crônicas não

transmissíveis varia entre 90% e 97%, sendo a maior média observada no distrito sanitário Nordeste (96,60%).

Tabela 13 - Média de cumprimento dos procedimentos realizados na consulta de doenças crônicas

Distrito	Consulta Doenças Crônicas não Transmissíveis		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	6	5,35	89,13%
Centro Sul	6	5,67	94,44%
Leste	6	5,22	87,04%
Nordeste	6	5,80	96,60%
Noroeste	6	5,45	90,77%
Norte	6	5,53	92,16%
Oeste	6	5,68	94,68%
Pampulha	6	5,56	92,71%
Venda Nova	6	5,75	95,75%

Fonte: Dados da pesquisa

Para mensurar o desempenho do médico em relação ao cumprimento de ações realizadas para o grupo de *Saúde Mental*, foram utilizados cinco indicadores:

- Identifica todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
- Encaminha para o serviço de referência todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
- Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)?
- Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas?
- Realiza consultas mensais para todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?

Tabela 14 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde Mental

Distrito	Saúde Mental		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	5	3,33	66,52
Centro Sul	5	3,19	63,81
Leste	5	3,44	68,89
Nordeste	5	4,00	80,00
Noroeste	5	3,55	71,07
Norte	5	3,94	78,82
Oeste	5	3,91	78,30
Pampulha	5	3,63	72,50
Venda Nova	5	4,06	81,18

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 14 mostra que a média de cumprimento percentual das ações do médico da família varia entre 63% a 82%, considerando os indicadores analisados. Os distritos sanitários de Venda Nova e Nordeste apresentam o maior percentual médio de cumprimento, respectivamente, 81,18% e 80,00%. A menor média de cumprimento é observada no distrito Centro Sul (63,81%) seguido do distrito sanitário Barreiro (66,52%).

Em relação ao grupo *Saúde do Idoso*, seis indicadores foram utilizados para mensurar as ações dos médicos da família. O processo de mensuração da performance do médico foi realizado considerando o cumprimento dos indicadores propostos. A seguir, apresentam-se os indicadores utilizados neste processo.

- Realiza acolhimento e/ou primeira consulta médica para todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e prioriza os idosos frágeis ou em situação de vulnerabilidade social?
- Utiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para detectar ou monitorar os sinais de fragilização?
- Encaminha para avaliação ginecológica, urológica e saúde bucal periodicamente?
- Realiza avaliação multidimensional para identificação dos Gigantes da Geriatria (5 “Is” instabilidade, incontinência, iatrogenia, imobilidade e insuficiência cognitiva) ou outros fatores de risco em todas as consultas e co-morbidades?
- Encaminha os idosos frágeis para as consultas de geriatria, de acordo com os critérios estabelecidos pela SMSA?

- Encaminha os idosos para avaliação da reabilitação, favorecendo uma intervenção mais precoce, tanto no paciente quanto no ambiente onde ele vive?

Tabela 15 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde do Idoso

Distrito	Saúde do Idoso		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	6	4,98	82,97
Centro Sul	6	4,76	79,37
Leste	6	5,37	89,51
Nordeste	6	5,33	88,89
Noroeste	6	5,20	86,61
Norte	6	5,12	85,29
Oeste	6	5,13	85,46
Pampulha	6	5,63	93,75
Venda Nova	6	5,37	89,54

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 15, apresenta-se a média de cumprimento das ações do médico da Saúde da Família relativas ao grupo Saúde do idoso. No distrito sanitário Pampulha, ocorre o maior percentual médio de cumprimento, 93,75%. Já no distrito Centro Sul é observado o índice mais baixo de cumprimento, 79,37%. Nos demais distritos sanitários, o percentual médio de cumprimento varia de 82% a 90%.

No tocante ao grupo *Saúde do Adolescente*, foram utilizados três indicadores para avaliar os resultados dos médicos da família referentes às ações e aos procedimentos adotados em relação a este grupo:

- Realiza consulta médica anual de acompanhamento para todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos inscritos?
- Realiza consultas de acompanhamento periódicas para todos os adolescentes com obesidade?
- Encaminha todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado?

Tabela 16 - Média de cumprimento de ações médicas relativas à Saúde do Adolescente

Distrito	Saúde do Adolescente		
	Indicadores Observados	Média de Cumprimento	% de cumprimento
Barreiro	3	0,54	18,12
Centro Sul	3	0,62	20,63
Leste	3	1,15	38,27
Nordeste	3	1,56	51,85
Noroeste	3	0,75	25,00
Norte	3	1,21	40,20
Oeste	3	1,04	34,75
Pampulha	3	1,44	47,92
Venda Nova	3	1,16	38,56

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 16 mostra que a média de cumprimento dos indicadores analisados é baixa. Apenas os médicos que atuam no distrito sanitário Nordeste apresentam média de cumprimento das ações relativas à saúde do adolescente superior a 50%. Neste distrito, o percentual médio de cumprimento é de 51,85%. Nos demais distritos sanitários, o percentual médio de cumprimento das ações dos médicos não ultrapassa 48%. O menor índice de cumprimento é observado no distrito sanitário Barreiro (18,12%), seguido pelo distrito Centro Sul (20,63%).

Nota-se que dos grupos analisados a saúde do adolescente é o que apresenta o menor percentual médio de cumprimento das atribuições e dos procedimentos do médico da Estratégia Saúde da Família.

Dentre os indicadores utilizados para mensurar o desempenho do médico da SF com base no princípio integralidade, observa-se a inclusão do índice de encaminhamento para outros níveis da atenção a saúde. Este indicador faz menção ao princípio da coordenação, responsável pela integração entre os níveis primário, secundário e terciário. Outro indicador observado refere-se ao acompanhamento do paciente no que diz respeito ao princípio longitudinalidade, já que sugere a continuidade do atendimento. Optou-se por analisá-los no âmbito do princípio integralidade, já que a própria definição do princípio da integralidade inclui o acompanhamento dos pacientes e o encaminhamento para serviços secundários e terciários para tratamento de problemas específicos.

Por fim, foi mensurado o desempenho dos médicos, considerando para isso o cumprimento dos 63 indicadores analisados (Anexo A), que incluem as atribuições e os procedimentos dos médicos com base nos princípios orientadores. Observa-se percentual médio de cumprimento superior a 80% em todos os distritos sanitários, conforme Tabela 17.

Tabela 17 – Desempenho do médico da Saúde da Família, por distrito sanitário

	N	Desempenho				
		Média	%	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Barreiro	46	51,50	81,75%	2,88	47	59
Centro Sul	21	53,00	84,13%	3,73	47	60
Leste	27	53,33	84,66%	3,77	48	63
Nordeste	54	55,94	88,80%	3,32	48	62
Noroeste	56	53,20	84,44%	3,05	47	59
Norte	34	54,21	86,04%	3,13	48	60
Oeste	47	53,89	85,55%	3,57	47	62
Pampulha	16	54,50	86,51%	2,83	50	59
Venda Nova	51	55,86	88,67%	3,11	47	62
Belo Horizonte	352	54,03	85,76%	3,53	47	63

Fonte: Dados da pesquisa

Os distritos sanitários que apresentam maior média de cumprimento das ações e dos procedimentos dos médicos da família são Nordeste (55,94) e Venda Nova (55,86). Ambos apresentam percentual médio de cumprimento dos indicadores analisados acima de 88%. O distrito com menor média de cumprimento é o Barreiro, 51,50, ou seja, 81,75% de cumprimento das atribuições dos médicos. A média de cumprimento das atribuições e processos de trabalho em Belo Horizonte é 54,03, que corresponde a 85,76% de cumprimento dos indicadores analisados.

Observa-se também que a média de desempenho dos médicos da ESF por distrito sanitário varia pouco, de 51,50 a 55,94. O mesmo foi observado por Barbosa *et al.* (2011) em relação ao desempenho das equipes. Os autores sugerem que esta hegemonia pode ser em parte explicada pela influência das políticas de saúde do município de Belo Horizonte.

Os resultados encontrados demonstraram que os médicos apresentam desempenho satisfatório ao se considerar suas práticas com base nos princípios norteadores do modelo Estratégia Saúde da Família. Conforme pontuam Barbosa *et al.* (2011), esses resultados demonstram que o modelo de ESF no município caminha para um cenário de consolidação de práticas

embasadas em processo de trabalho diferenciado, voltado a uma Atenção Primária de qualidade, conforme as diretrizes do modelo.

Os resultados apresentados são um indicativo de que os profissionais médicos contribuem para o cumprimento dos princípios que regem o funcionamento da Estratégia Saúde da Família. É perceptível a maior atuação destes profissionais com base no princípio da integralidade, mas eles também são responsáveis por encaminhar e acompanhar os pacientes para outros níveis da atenção, proporcionando, assim, a continuidade do atendimento e atenção integral ao usuário. Além disso, a proximidade do médico com a comunidade facilita o processo de diagnóstico dos problemas de saúde, tendo em vista que este profissional reconhece o ambiente físico e social em que vivem os usuários e, também, a dinâmica familiar da população sob sua responsabilidade.

Conforme pontuam Mager e Pippe (1976), Milani (1988), Guimarães, Nader e Ramagem (1998) e Milkovich e Boudreau (2010), é importante analisar os resultados obtidos no processo de mensuração de desempenho para verificar quais fatores podem influenciar o desempenho dos profissionais, buscando, assim, corrigir possíveis lacunas de desempenho e fornecer bases para a tomada de decisão.

A partir desta perspectiva e considerando os alguns fatores listados pela literatura de saúde, a próxima seção busca averiguar se a performance do médico é influenciada pelo *desempenho da equipe de Saúde da Família*, pela *formação profissional do médico*, pelo *tempo de permanência deste profissional na equipe de saúde* e pela *infraestrutura da Unidade Básica de Saúde*. Para isso foi realizado a análise de regressão múltipla.

4.2 Resultados da análise de regressão múltipla

A fim de verificar os fatores que influenciam o desempenho do médico da Saúde da Família, considerando para isso o *desempenho da equipe de Saúde da Família*, o *tempo de permanência do médico na equipe de SF*, a *formação deste profissional* e a *infraestrutura da UBS*, utilizou-se como recurso a análise de regressão linear múltipla.

De acordo com Hair *et al.* (2009), a análise de regressão múltipla é uma técnica estatística que pode ser utilizada para mensurar a relação entre uma única variável dependente métrica e duas ou mais variáveis independentes. Revela-se, portanto, adequada para este estudo, já que se

busca interpretar como as variáveis independentes explicam a variação da variável dependente *desempenho do médico da Estratégia Saúde da Família*.

Hair *et al.* (2009) pontuam que a regressão também avalia o grau e o caráter da relação entre as variáveis dependentes e independentes por meio do exame da magnitude, do sinal e da significância estatística do coeficiente de regressão de cada variável independente. O autor salienta que, para fins de explicação, os coeficientes de regressão se tornam indicadores do impacto relativo e da importância das variáveis independentes em sua relação com a variável dependente.

Por meio do uso dessa técnica de modelagem e da interpretação dos coeficientes de regressão de cada uma das variáveis independentes, buscou-se verificar se há relação com a variável dependente *desempenho do médico da SF* e quanto dessa variação pode ser explicada pelas variáveis preditoras *desempenho da equipe de SF, infraestrutura, tempo de permanência na equipe de Saúde da Família e formação do médico*. Para isso, procedeu-se à análise do banco de dados, bem como o descritivo das variáveis envolvidas no processo de modelagem, para, em seguida, aplicar o modelo de regressão e realizar os ajustes necessários. Cada uma dessas etapas pode ser observada a seguir.

Foram mensurados neste estudo, além do *desempenho do médico da SF*: o *desempenho da equipe*, a *infraestrutura da unidade básica de saúde*, o *tempo de permanência na equipe de SF* e a *formação do médico*.

Para mensurar o desempenho do médico da SF, foram utilizados 63 indicadores de atividades e processos de trabalho (Anexo A), considerando as atribuições destes profissionais em cada um dos princípios ordenadores. A fim de mensurar o desempenho do médico, utilizou-se uma escala de 0 a 63 atribuições. Quanto mais próximo de 63 melhor o desempenho e quanto mais próximo de zero mais deficiente é o desempenho do médico.

Para mensurar o desempenho da equipe de SF, foram utilizados 155 indicadores das atribuições e do processo de trabalho dos membros da equipe²² (Anexo B). Quanto mais próximo de 155, melhor é o desempenho da equipe.

²² Enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Infraestrutura foi mensurada considerando 170 itens (Anexo C) referentes a estrutura física da UBS e insumos, materiais e equipamentos disponíveis para o exercício do trabalho médico. A escala utilizada foi de 0 a 170. Quanto mais próximo de 170 melhor as condições de trabalho.

Tempo de permanência na equipe de Saúde da Família foi mensurado considerando o período, em meses, em que o médico integra a equipe de SF.

Por meio da variável formação do médico, buscou-se identificar os médicos que possuem formação generalista. Para isso foi considerado o indicador Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade.

Na Tabela 18 apresentam-se os dados descritivos das variáveis quantitativas estudadas: desempenho do médico da Estratégia Saúde da Família, desempenho da equipe de SF, infraestrutura e tempo de permanência na equipe de SF.

Tabela 18 – Descritivo das variáveis quantitativas

Características Estatísticas	Desempenho do Médico da SF	Desempenho da Equipe de SF	Infraestrutura	Tempo de Permanência na Equipe (meses)
N	352	352	352	352
Média	54,05	118,97	126,7	36,48
Mediana	54	118	127	30
Desvio Padrão	3,55	12,12	8,4	32,18
Variância	12,59	146,88	70,48	1035,6
Mínimo	47	87	112	1
Máximo	63	148	149	104
1º Quartil	51	111	121	8
2º Quartil	54	118	127	30
3º Quartil	57	126,75	133	60

Fonte: Dados da pesquisa

Em média, os médicos da Estratégia Saúde da Família cumprem 54,05 atribuições, o que equivale a 85,79% do total de 63 atribuições e procedimentos observados. Isso demonstra um bom desempenho dos médicos da SF de Belo Horizonte. O cumprimento mínimo observado é 47 (74,60%) e o máximo é 63 (100%). Em relação ao desempenho da equipe, nota-se que, em média, 76,75% do total de 155 atribuições e procedimentos analisados foram cumpridos. Isso corresponde ao cumprimento de 118,97 atribuições e procedimentos da equipe de saúde. O

cumprimento máximo observado das atribuições da equipe é de 95,48%, ou seja, 148 atribuições. Já o cumprimento mínimo observado é 87 (56,13%).

As condições de trabalho observadas foram bem avaliadas, apresentando média de 74,53% (126,7) de adequação da estrutura física e disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos nas UBS, considerando os 170 itens analisados. A melhor infraestrutura dispõe de 149 itens, ou seja, 87,65% de adequação da estrutura física e disponibilidade de materiais e equipamentos. Observa-se também que o tempo médio de permanência do médico na equipe é de 36,48 meses. O tempo máximo de permanência observado é de 104 meses e o mínimo é de 1 mês.

Para analisar a distribuição dos dados das variáveis quantitativas²³, optou-se por utilizar os gráficos histograma e *boxplot*. Segundo Anderson *et al.* (2011), uma das utilidades mais relevantes de um histograma é fornecer informações sobre a forma de uma distribuição. Hair *et al.* (2009) acrescentam que o histograma fornece uma noção sobre a distribuição dos dados ao comparar os valores de dados observados com uma distribuição aproximadamente normal. No entanto, é preciso destacar que há a necessidade de empregar testes estatísticos para verificar se a distribuição dos dados é normal ou não. Já o *boxplot* permite avaliar a simetria dos dados, sua dispersão e a existência de dados fora da curva. Observa-se pelo *boxplot* que 50% dos dados intermediários da distribuição concentram-se entre o primeiro quartil e o terceiro quartil (ANDERSON, 2011).

A Figura 5 permite inferir que a distribuição dos dados representados pelo histograma sugere uma distribuição normal. Isso também é sugerido ao se observar a distribuição dos dados pelo *boxplot*. Há indícios de simetria dos dados compreendidos entre o primeiro quartil e a mediana e entre a mediana e o terceiro quartil. Ou seja, 50% dos dados da variável *desempenho do médico da SF* concentram-se entre o cumprimento de 51 e 57 atribuições e processos de trabalho.

²³ Desempenho do médico de SF, desempenho da equipe, infraestrutura e tempo de permanência na equipe.

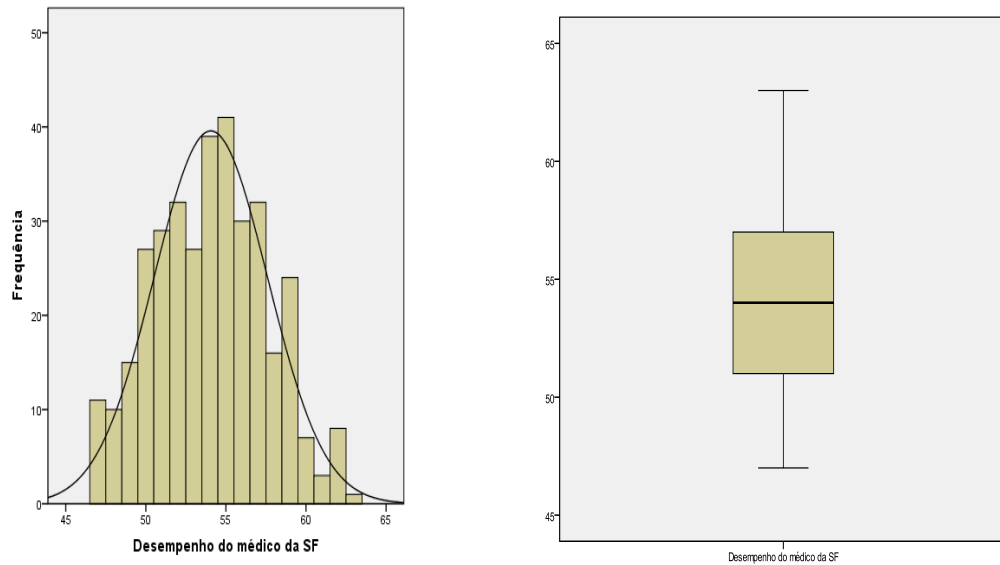


Figura 5 – Distribuição dos dados do desempenho do médico da Saúde da Família

Fonte: Dados da Pesquisa

A Figura 6 representa graficamente a distribuição dos dados da variável *desempenho da equipe de SF*. Há maior concentração dos dados a direita do histograma. O mesmo pode ser observado por meio do *boxplot*, em que se nota que a maior distribuição dos dados concentra-se após a mediana. Isso sugere que a maior parte das equipes analisadas apresentou cumprimento superior a 118²⁴ atribuições e processos de trabalho, indicando que a maior parte das equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte analisadas neste estudo possui desempenho satisfatório na realização do trabalho.

²⁴ Valor da mediana.

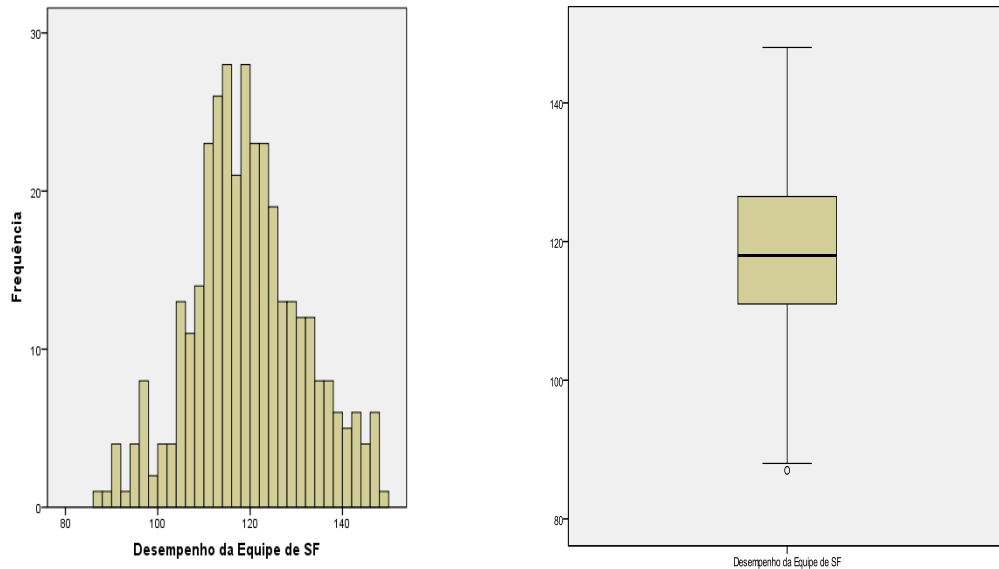


Figura 6 – Distribuição dos dados do desempenho da equipe de Saúde da Família

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao se observar o histograma da variável *infraestrutura* (Figura 7), nota-se que a distribuição dos dados está concentrada à esquerda do gráfico. Pelo boxplot, percebe-se certa simetria dos dados compreendidos entre o primeiro quartil e a mediana e entre a mediana e o terceiro quartil. Ou seja, 50% das Unidades Básicas de Saúde apresentam entre 121 (primeiro quartil) e 133 (terceiro quartil) itens de *infraestrutura* citados na pesquisa.

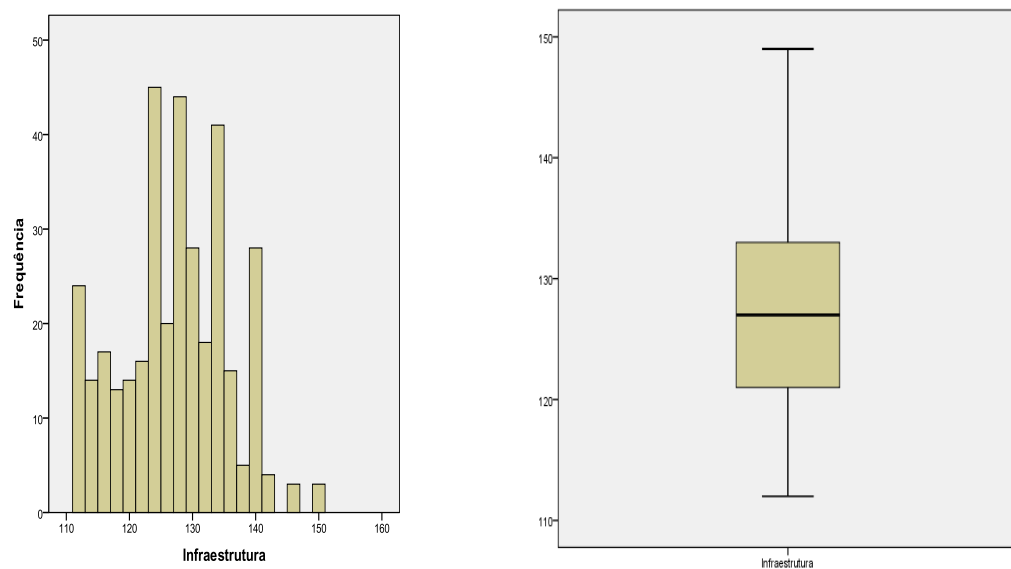


Figura 7 – Distribuição dos dados da infraestrutura

Fonte: Dados da Pesquisa

A distribuição dos dados da variável *tempo de permanência na equipe de Saúde da Família* pode ser analisada através da Figura 8. Por meio do histograma, nota-se maior concentração dos dados à esquerda do gráfico, indicando que grande parte dos médicos integra a equipe por períodos inferiores a 30 meses. Ao analisar a distribuição dos dados, pelo *boxplot*, observa-se certa assimetria no comportamento desta variável; ou seja, maior concentração dos dados entre a mediana e o terceiro quartil.

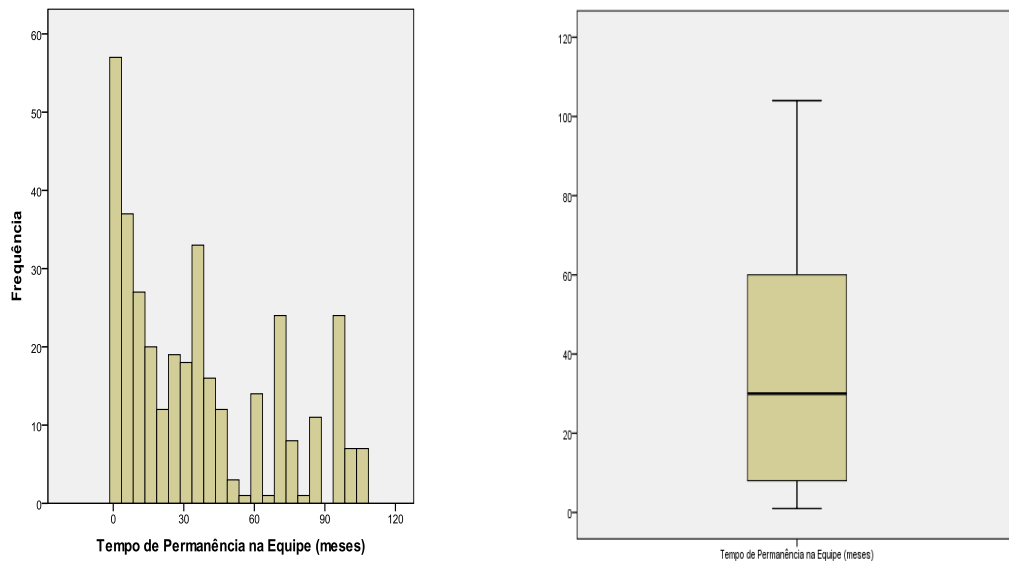


Figura 8 – Distribuição dos dados do tempo de permanência na equipe de SF

Fonte: Dados da pesquisa

A variável *formação do médico* é a única não métrica do modelo. Ela objetiva identificar se o médico da Saúde da Família possui formação generalista e averiguar se esta formação influencia sua performance na SF. Segundo Starfield (2002), a formação generalista é mais indicada para os médicos que atuam na Atenção Básica, já que eles lidam com uma variedade maior de doenças. Para mensurar esta variável foi utilizado o indicador “Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade”. A frequência de distribuição desta variável pode ser verificada através da Figura 9, na qual se observa que 52,56% dos médicos que atuam na SF não possuem título de “Especialista em Medicina da Família e Comunidade”, já 47,44% possuem este título de especialista.

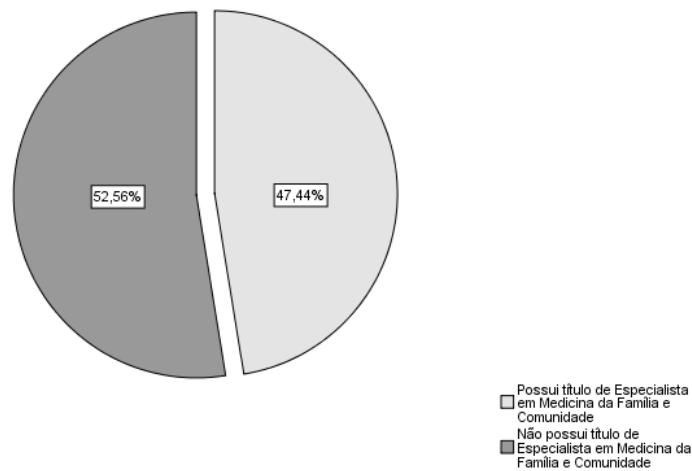


Figura 9 - Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade

Fonte: Dados da pesquisa

Antes de iniciar o processo de modelagem buscou-se verificar se a variável dependente *desempenho do médico da ESF* atendia ao pressuposto de normalidade, tendo em vista que o modelo de regressão só se aplica quando há normalidade na distribuição dos dados da variável dependente.

Mesmo observando indícios de normalidade na distribuição dos dados, considerando a análise gráfica - histograma e boxplot (Figura 05) - fez-se necessário confirmar esta análise. Para isso, aplicou-se o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. O coeficiente de confiança utilizado no teste foi de 95%. Este coeficiente de confiança foi adotado em todos os testes estatísticos aplicados neste estudo. O resultado deste teste de normalidade comprova que a variável *desempenho do Médico da ESF* atende ao pressuposto de normalidade, já que o p-valor encontrado, de 0,058, é superior a 5% (0,05), indicando que os dados se originam de uma distribuição normal.

Ainda na fase de pré-modelagem, procurou-se verificar se as variáveis independentes são correlacionadas. Segundo Hair *et al.* (2009), a multicolinearidade ocorre quando qualquer variável independente é altamente correlacionada com um conjunto de outras variáveis independentes, e isso reduz o poder preditivo/explicativo de qualquer variável independente, na medida em que ela é associada com outras variáveis independentes. Além disso, pode ter

efeitos consideráveis sobre a estimação dos coeficientes de regressão e seus testes de significância estatística (HAIR *et al.*, 2009).

Para avaliar a existência de correlação entre as variáveis, utilizou-se o teste de correlação de Pearson (Tabela 19). Ao analisar o nível de significância entre as variáveis independentes, observou-se que a variável *desempenho da equipe de SF* apresenta correlação com a variável *infraestrutura*, uma vez que apresenta p-valor igual a 0,000, inferior, portanto, a 5%. Por meio do coeficiente de correlação de Pearson (-0,285), nota-se que a correlação entre essas variáveis independentes é baixa e inversamente proporcional.

Tabela 19 – Análise de correlação entre as variáveis independentes

Variável Independente	Teste	Desempenho da Equipe de SF	Infraestrutura	Tempo de Permanência na Equipe
Desempenho da Equipe de SF	Correlação de Pearson	1	-0,285*	-0,078
	p-valor		0,00	0,146
Infraestrutura	Correlação de Pearson	-0,285*	1	0,075
	p-valor	0,000		0,161
Tempo de Permanência na Equipe	Correlação de Pearson	-0,078	0,075	1
	p-valor	0,146	0,161	

Fonte: Dados da pesquisa
Nível de Significância de 0,05

Utilizou-se, inicialmente, a análise de regressão simples, que consiste na aplicação do modelo de regressão da variável dependente *desempenho do médico da ESF* a cada variável independente. Adotou-se este procedimento para verificar se cada variável preditora ajuda a explicar individualmente a variação da variável dependente e, também, para selecionar quais variáveis independentes irão compor o modelo múltiplo. Foram consideradas importantes significativamente as variáveis que apresentaram nível de significância inferior a 0,20.²⁵

A partir dos resultados obtidos na análise de regressão univariada (Tabela 20) verificou-se que as variáveis independentes *desempenho da equipe de SF*, *infraestrutura* e *tempo de permanência na equipe de SF* foram consideradas importantes significativamente. Portanto, entram na composição do modelo múltiplo, que busca identificar as variáveis que explicam a

²⁵ Limite usado quando se aplica a análise univariada.

variação no *desempenho do médico de SF*. Já a variável *formação do médico* não se mostrou significativa estatisticamente, considerando o indicador e amostra utilizados neste estudo. No entanto, vale ressaltar que a discussão sobre a formação profissional dos médicos que atuam na Saúde da Família, seja generalista ou não, merece ser analisadas em estudos futuros.

Tabela 20 – Análise univariada

Variável Independente	Beta	p-valor
Desempenho da Equipe de SF	0,532	0,000
Infraestrutura	-0,175	0,001
Tempo de Permanência na Equipe	-0,094	0,079
Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade	-0,037	0,49

Fonte: Dados da pesquisa

Nível de Significância de 0,05

Variável dependente: Desempenho do Médico da SF

Após identificar quais variáveis independentes ajudaram a explicar a variação do desempenho do médico individualmente, aplicou-se o modelo de regressão múltipla. Neste caso, entraram na análise de regressão as variáveis independentes *desempenho da equipe de SF*, *infraestrutura da UBS* e *tempo de permanência na equipe de SF*. Também se verificou a ocorrência de violação dos pressupostos ou suposições em análise de regressão. O descumprimento dessas suposições pode gerar implicações no processo de estimação ou interpretação dos resultados.

Segundo Hair *et al.* (2009), quatro suposições devem ser examinadas: linearidade do fenômeno medido; homocedasticidade; independência dos termos de erro; e normalidade da distribuição dos termos de erro. Segundo o autor, o método de diagnóstico de resíduos é um método básico para verificar violações de suposições para a relação geral. Assim, a análise gráfica de resíduos foi utilizada para verificar se as suposições do modelo de regressão múltipla foram atendidas.

A linearidade da relação entre as variáveis dependente e independentes representa o grau em que a alteração na variável dependente é associada com a variável independente. É examinada por meio de gráficos de resíduos (HAIR *et al.*, 2009). Conforme se observa na Figura 10, não houve violação da suposição de linearidade. Isso pode ser observado por meio

da análise gráfica dos resíduos das variáveis *desempenho da equipe de Saúde da Família*, *infraestrutura* e *tempo de permanência na equipe de SF*. Nota-se que a distribuição dos resíduos nos gráficos a, b e c ocorre de forma aleatória em torno do zero.

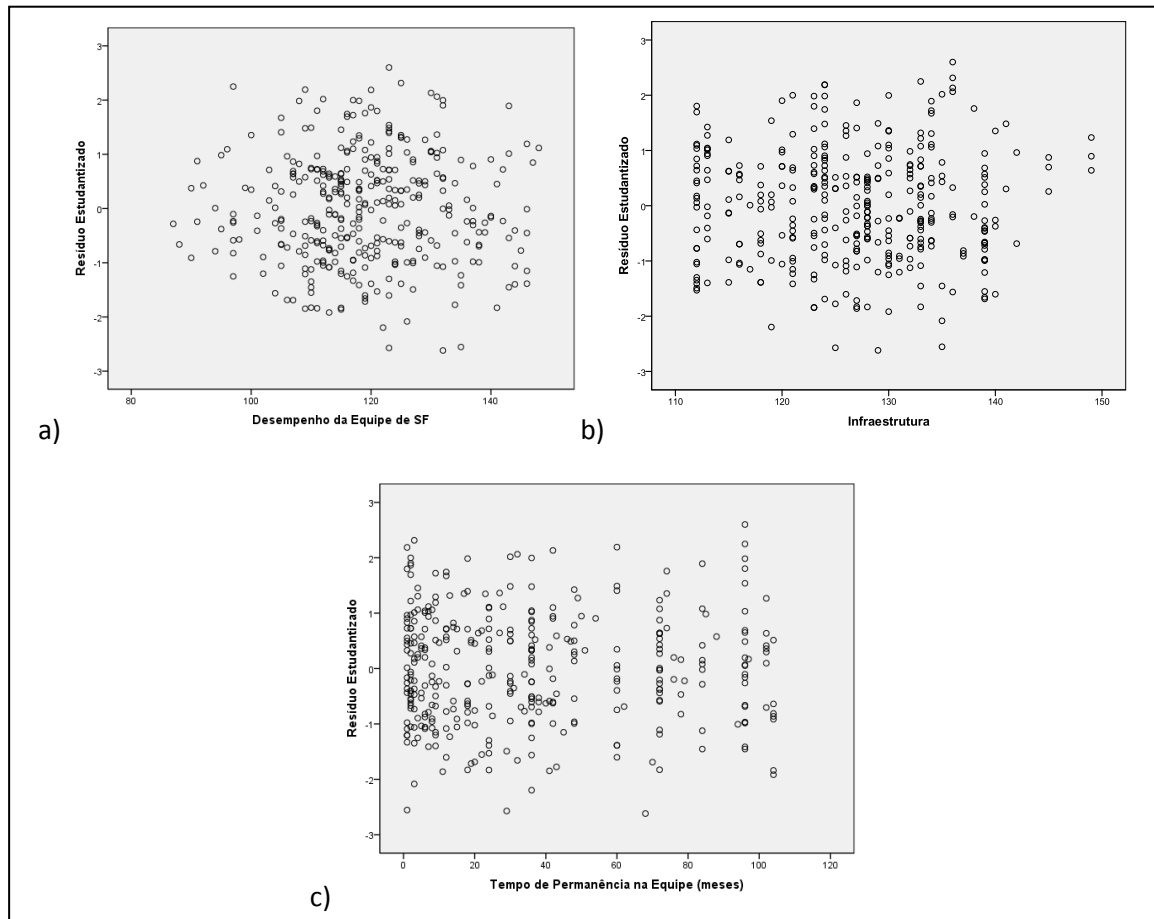


Figura 10 – Análise de resíduos

Fonte: Dados da pesquisa

Para testar a homocedasticidade - ou seja, igualdade de variâncias – utilizou-se o gráfico de resíduos. Conforme se observa na Figura 11 não há nenhum comportamento na distribuição de resíduos que demonstre algum tipo de tendência, seja crescente ou não, o que indica que o pressuposto de homocedasticidade não foi violado.

A análise da Figura 11 revela, também, que a distribuição dos pontos ocorre de forma aleatória em torno do zero, indicando que há independência dos resíduos. Isso significa que o valor previsto não está relacionado com qualquer outra previsão. Ou seja, eles não são sequenciados por qualquer variável (HAIR *et al.*, 2009)

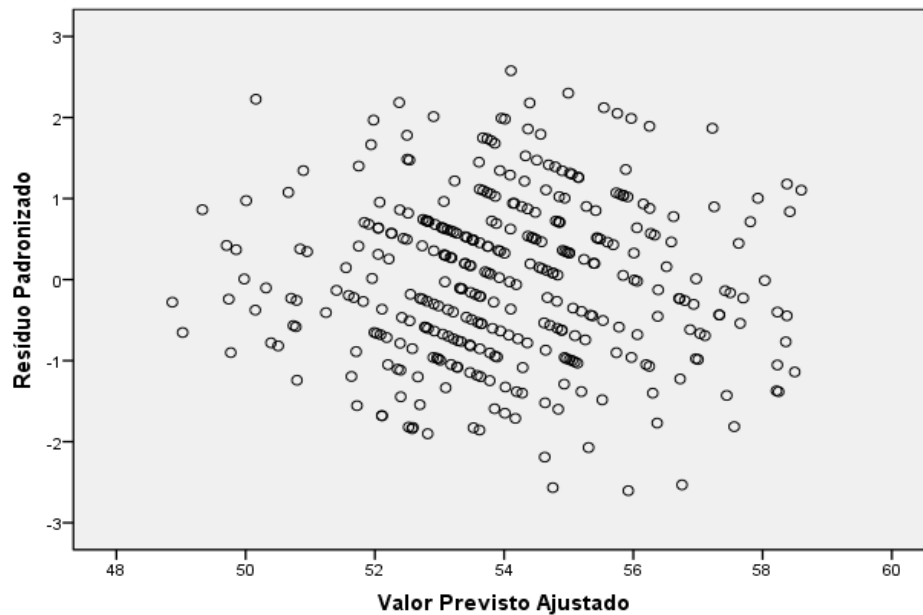


Figura 11 – Análise de resíduos padronizados versus valores ajustados

Fonte: Dados da pesquisa

A suposição de normalidade da distribuição dos termos de erro refere-se à existência de uma distribuição normal tanto para a variável dependente quanto para as variáveis independentes. Para o diagnóstico dessa suposição, utilizou-se o gráfico de probabilidade normal. Nesta representação gráfica, os resíduos padronizados são comparados com a distribuição normal. Neste gráfico, a distribuição normal forma uma reta diagonal e os resíduos representados são comparados com a diagonal. Em casos de distribuição normal, a reta residual se aproxima da diagonal (HAIR *et al.*, 2009).

A Figura 12 mostra que o pressuposto da normalidade foi atendido. Isso porque os pontos estão representados ao longo de uma diagonal sem qualquer desvio substancial. Logo os resíduos são considerados representativos de uma distribuição normal.

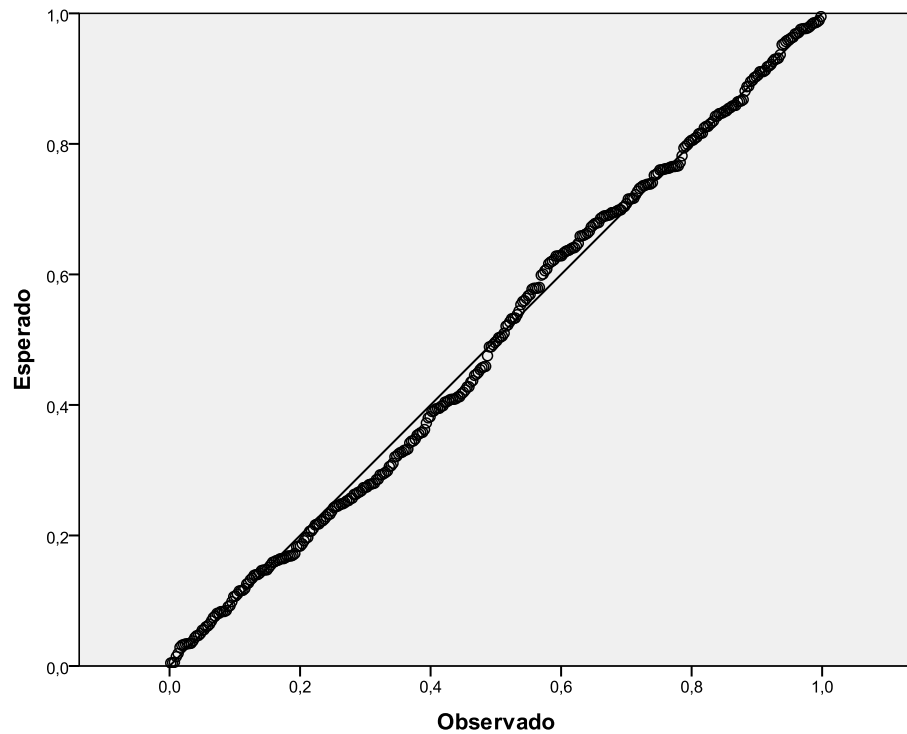


Figura 12 - Probabilidade normal: resíduos padronizados

Fonte: Dados da pesquisa

Além dos pressupostos analisados, a alta correlação entre as variáveis independentes também pode afetar a estimação e interpretação dos resultados da regressão múltipla. Para verificar a existência de multicolinearidade, foi observado o Fator de Inflação da Variância (VIF).

De acordo com a Tabela 21, o valor do VIF encontrado foi de 1,092 para as variáveis *desempenho da equipe de SF* e *infraestrutura*, e de 1,009 para a variável *tempo de permanência na equipe de Saúde da Família*. Como esses valores se aproximam de 1,0²⁶, indicam baixa multicolinearidade. Nota-se, assim, que a correlação entre as variáveis independentes não interfere nos resultados da regressão.

²⁶ Fator de Inflação da Variância (VIF) igual a 1,0 indica ausência de multicolinearidade.

Tabela 21: Análise de multicolinearidade

Variáveis Independentes	VIF
Desempenho da equipe de SF	1,092
Infraestrutura	1,092
Tempo de Permanência na Equipe de SF	1,009

Fonte: Dados da pesquisa

Após testar todos os pressupostos do modelo de regressão e de constatar que eles foram atendidos é possível certificar-se da precisão dos resultados da análise de regressão múltipla e, assim, interpretar os resultados obtidos.

Os resultados da análise de regressão múltipla indicam que o desempenho da equipe de Saúde da Família é a única variável que explica estatisticamente a variação do desempenho do médico da SF. Isso pode ser observado pela Tabela 22, em que o p-valor do desempenho da equipe de SF é de 0,000; portanto, inferior a 0,05 (5%), o que a torna significativa estatisticamente. Além disso, observa-se que a variação de uma unidade no desempenho do médico da ESF é associada à variação de 0,521 do desempenho da equipe.

Tabela 22 – Análise Multivariada

Variáveis Independentes	Beta	p-valor
Desempenho da Equipe de SF	0,521	0,000
Infraestrutura	-0,023	0,627
Tempo de Permanência na Equipe	-0,052	0,257

Fonte: Dados da pesquisa

As demais variáveis, *infraestrutura* e *tempo de permanência do médico na equipe de SF* não foram consideradas estatisticamente significantes, considerando a amostra e os indicadores utilizados neste estudo. A Tabela 22 mostra que o p-valor encontrado para essas variáveis é superior a 0,05, sendo 0,627 para *infraestrutura* e 0,257 para *tempo de permanência na equipe de SF*.

O coeficiente de determinação ajustado encontrado nesta modelagem foi de 0,28, conforme pode ser observado na Tabela 23. Isso significa que 28% da variação do desempenho do médico ESF pode ser explicada pela variação do desempenho da equipe de Saúde da Família.

Tabela 23: Coeficiente de determinação

Coeficiente de determinação	Coeficiente de determinação ajustado
0,286	0,280

Fonte: Dados da Pesquisa

Em ciências sociais, esse percentual é bastante significativo. Além disso, é preciso destacar que o desempenho dos indivíduos no trabalho sofre influência de outros fatores²⁷, o que torna ainda mais significativo o resultado apresentado.

A partir da análise de regressão múltipla, observou-se que das variáveis independentes analisadas neste estudo apenas o *desempenho da equipe de Saúde da Família*, por ser significativa estatisticamente, influencia o desempenho do médico da ESF. Ou seja, a variação do desempenho do médico pode ser explicada em parte pela variação da performance da equipe de SF. Os resultados apresentados neste estudo demonstraram também que as demais variáveis independentes, *adequação da estrutura física, disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos; formação do médico da família e tempo de permanência deste profissional na equipe de SF*, não contribuem para explicar a variação da performance do médico.

Vale destacar que a adequação da estrutura física e disponibilidade de materiais e equipamentos são importantes para a realização do trabalho. Embora *infraestrutura* não tenha sido considerada estatisticamente significativa neste estudo, isto é, não contribui para explicar a variação do desempenho do médico da ESF.

O mesmo pode ser observado em relação a variável *tempo de permanência do médico na equipe* de SF. Ou seja, esta variável não contribui para explicar a variação do desempenho do médico da Estratégia Saúde da Família, considerando os indicadores utilizados para aferir a performance do médico.

²⁷ Carreira, remuneração, progressão e promoção, treinamento, identificação com a organização, e comprometimento, dentre outras variáveis.

A influência do desempenho da equipe, observada neste estudo, reforça, mais uma vez, a importância dessa nova forma de organização do trabalho no sistema de saúde, tendo em vista que o trabalho em equipe é um dos pilares de sustentação da ESF. Isso permite inferir que este modelo de atenção à saúde, baseado na organização do trabalho em equipe multiprofissional, tendo como foco a organização do trabalho e a prestação de serviços à família e à comunidade em que os usuários vivem, tende a apresentar bons resultados em termos de serviços de saúde efetivo e de qualidade para a população usuária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das novas demandas de saúde originadas das transições demográficas e epidemiológicas, foi instituída, em 1994, a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à Saúde no Brasil. Este modelo de atenção tem por base a organização do trabalho apoiada em uma equipe multiprofissional, tendo como foco a família e a comunidade em que vivem. Esta nova forma de organização do trabalho tem por objetivo oferecer serviços de saúde efetivo e de qualidade à população usuária, operacionalizando, assim, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, integralidade e equidade.

A Saúde da Família tem se apoiado em um conjunto de princípios ordenadores que regem seu funcionamento e forma de organização - Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade, Foco na Família e Orientação Comunitária. Conforme observa Mendes (2002), a operacionalização destes princípios gera as bases para a oferta de serviços de saúde de qualidade na Atenção Primária. Starfield (2002) pontua que o cumprimento dos princípios ordenadores vem sendo utilizado como balizador da efetividade e qualidade dos serviços na Atenção Primária à Saúde.

A partir do objetivo da Estratégia Saúde da Família em ofertar serviços de saúde efetivos e de qualidade à população, observa-se a relevância de mensurar o desempenho dos profissionais de saúde, principalmente o médico, para a consecução dos resultados da APS -, ou seja, o cumprimento de seus princípios ordenadores. A APS, por ser um serviço intensivo em mão de obra (BARBOSA *et al.*, 2012) e por gerar produtos não materiais, depende das habilidades e dos conhecimentos de seus profissionais para alcançar os resultados esperados. Conforme observa Rocha (2011), a performance dos recursos humanos em saúde influencia os resultados obtidos pelo sistema de saúde.

Becker, Huselid e Ulrich (2001) destacam que não é uma tarefa fácil estimar o impacto do desempenho dos profissionais nos resultados organizacionais. Porém, o uso de indicadores vinculados aos objetivos e às metas organizacionais permite verificar, por meio de medidas quantitativas, a contribuição desses profissionais para a consecução dos resultados organizacionais.

No Brasil não foram observados estudos sobre o desempenho dos médicos, considerando a contribuição destes profissionais para o alcance dos resultados almejados pela ESF. Há

algumas ações do Ministério da Saúde voltadas para análise do sistema, mas não para o desempenho dos profissionais de saúde. Há carência de processos avaliativos que buscam vincular o desempenho dos profissionais aos resultados do sistema de saúde.

Considerando a importância do médico da família para o adequado funcionamento da Estratégia Saúde da Família, este estudo buscou mensurar o desempenho do médico e verificar a contribuição deles para a obtenção dos resultados da SF. Para isso, foram utilizados indicadores de desempenho do médico da Saúde da Família, considerando suas atribuições e procedimentos inerentes aos princípios norteadores da ESF, com objetivo de verificar a contribuição desses profissionais para o cumprimento dos princípios ordenadores.

Esta metodologia baseada na avaliação do desempenho, por meio do cumprimento dos princípios ordenadores, foi utilizada anteriormente em pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2001) para mensurar o desempenho das equipes de saúde da família no município de Belo Horizonte. A partir dos resultados alcançados, observou-se ser consistente esta metodologia de avaliação de desempenho.

Um dos fatores que devem ser observados no processo de mensuração de desempenho diz respeito à vinculação dos indicadores de desempenho a metas e objetivos organizacionais, conforme pontuam Guimarães, Nader e Ramagem (1998). Isso permite identificar a contribuição dos profissionais para os resultados organizacionais. No caso da ESF, é relevante vincular os indicadores de desempenho dos profissionais de saúde aos objetivos deste modelo de atuação.

Nesta perspectiva, este estudo buscou vincular os indicadores de desempenho dos médicos da ESF ao cumprimento dos princípios norteadores da APS, a fim de verificar a contribuição do médico da SF para o alcance dos resultados dos serviços de saúde, ou seja, o cumprimento de seus princípios. O desempenho esperado neste trabalho corresponde ao cumprimento da totalidade das atribuições e dos procedimentos adotados pelo médico, já o desempenho alcançado refere-se ao resultado obtido por este profissional na SF.

A partir dos resultados encontrados, observou-se que, em geral, o médico da família apresenta bom desempenho, considerando suas atribuições e procedimentos inerentes aos princípios ordenadores. A média de cumprimento de suas atribuições a partir da análise de todos os indicadores mostrou-se representativa. Foi observado cumprimento de 85,76% das atribuições

e procedimentos analisados, considerando os 63 indicadores utilizados para mensurar o desempenho do médico da família. Isso corresponde ao cumprimento de 54,03 atribuições, conforme a Tabela 17. O menor índice observado corresponde ao cumprimento de 47 atribuições e procedimentos do médico da família, que corresponde a 74,60% do total de indicadores avaliados, indicando, assim, que estes profissionais apresentam desempenho satisfatório na ESF.

Tendo por base os indicadores analisados e os resultados alcançados pode-se inferir que o médico contribui para o cumprimento dos princípios ordenadores, principalmente o princípio da integralidade, no qual se observa maior volume de atribuições e procedimentos deste profissional na SF. Nos demais princípios, observa-se a participação do médico, mas em menor proporção.

Os resultados obtidos no processo de mensuração permitem a identificação de *gaps* de desempenho, fornecendo bases para a tomada de decisão, mas para isso é importante analisar quais os fatores que podem ter influenciado a performance dos profissionais no trabalho.

Nesta perspectiva, além de mensurar o desempenho do médico, buscou-se verificar se o desempenho deste profissional é influenciado por algumas variáveis discutidas na literatura da saúde, como: *desempenho da equipe de SF, infraestrutura da UBS, tempo de permanência do médico na equipe de saúde da família e formação profissional*. Para isso, foi empregada a análise de regressão múltipla que demonstrou que apenas o desempenho da equipe influencia a performance do médico no trabalho. Este resultado reforça a importância dessa nova forma de organização do trabalho, baseada em uma equipe multiprofissional, na qual os profissionais atuam de forma integrada para oferecer serviço de qualidade e de forma integral para a população usuária.

Apesar de a literatura da saúde apontar a influência da infraestrutura da Unidade Básica de Saúde sobre o desempenho dos profissionais, isso não foi observado neste estudo. A formação generalista e o tempo de permanência na equipe de saúde também não explicam a variação da performance do médico da SF.

Vale ressaltar que estes resultados referem-se à amostra utilizada neste trabalho e, também, aos indicadores utilizados para mensurar tanto a variável dependente (*desempenho do médico da ESF*) quanto as variáveis preditoras. Ressalta-se, ainda, que os resultados alcançados neste

estudo não podem ser generalizados, pois se trata de um estudo de caso, que não permite generalização.

Apesar da relevância do tema estudado ainda, há poucos estudos direcionados para análise da contribuição dos profissionais de saúde para os resultados da Estratégia Saúde da Família. Assim, destaca-se a importância de realizar estudos voltados para exame da performance dos profissionais de saúde.

Além disso, sugere-se que a mensuração do desempenho seja realizada periodicamente, a fim de monitorar a performance dos profissionais de saúde, inclusive o médico da SF. Isso permitiria que os gestores de saúde obtivessem parâmetros de comparação do desempenho, informações sobre os pontos fortes e os pontos fracos da performance dos indivíduos no trabalho, podendo assim, subsidiar a tomada de decisão, fornecendo uma série de informações sobre eficiência, efetividade e qualidade dos serviços ofertados a população (BARBOSA *et al.*, 2012)

Além da necessidade de pesquisar o desempenho do médico, articulando os resultados obtidos pelos indivíduos com os resultados dos serviços de saúde, estudos futuros podem, por exemplo, discutir: a) Como as práticas de recursos humanos influenciam o desempenho do médico da Saúde da Família? e b) Em que medida o vínculo estabelecido entre o médico da SF e a comunidade influencia os resultados dos serviços de saúde?

Da mesma forma, este estudo abre perspectivas de reflexões sobre novas formas de inserção do profissional médico, considerando, por exemplo, a entrada de novos atores no processo, decorrente de ações governamentais específicas voltadas para suprir as dificuldades de prestação de serviços.²⁸

²⁸ Uma destas ações que podem suscitar estudos comparativos é o Programa Mais Médicos do Governo Federal, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde e levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. (Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>)

REFERÊNCIAS

- ABBAD, G. S; FREITAS, I. A; PITATI, R. Contexto de trabalho, desempenho competente e necessidades em TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E; ABBAD, G. S; MOURÃO, L. *Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho*. Porto Alegre, Artmed, 2006.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.25, n.6, pp. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, C. *Projeto: desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)*. Relatório Final. Rio de Janeiro; 2003.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.29, n.2, p.136-46, 2005.
- ANDERSON, D. R; SWEENEY, D. J; WILLIAMS, T. A. *Estatística Aplicada à Administração e Economia*. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- ARANHA, R. O. M. *Avaliação de Desempenho de Pessoas em Bancos: uma análise de políticas e abordagens*, 2010. Dissertação – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2010.
- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12, n.2, pp. 455-464, 2007.
- BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; RODRIGUES, R. B.; SILVA, V. A. A. Monitoramento de Resultados, Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família. *Pensar BH. Política Social*, v. 28, p. 42-45, 2011.
- BARBOSA, A. C. Q; ROCHA, T. A. H. O uso de indicadores de desempenho na gestão de recursos humanos em hospitais brasileiros um debate teórico e aplicado. In: FALUBA, L.; GONÇALVES, C. A. (Org.). *Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde*. 1ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 1, p. 147-168, 2012.
- BARBOSA, A. C. Q; RODRIGUES, J. M.; SILVA, N. C; ROCHA, T. A. H. Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.
- BARBOSA, L. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? *Revista do Serviço Público – RSP/ENAP*. 47 (3), set-dez, pp. 59-101, 1996.
- BECKER, B. E; HUSELID, M. A; ULRICH, D. *Gestão Estratégica de Pessoas com "Scorecard"*. 15. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2001.
- BLUMBERG, M; PRINGLE, C. D. The missing opportunity in Organizational Research: Some Implications for a Theory of Work Performance. *Academy of Management Review*, 7: 4, 560-569, 1982.

BRANDÃO, H. P; GUIMARÃES, T. A. Gestão de Competências e Gestão de Desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?. *Rev. adm. empres.* vol.41, n.1, pp. 8-15. 2001.

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

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. *Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011.

BRASIL. *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Ministério da Saúde. 1997.

CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T. C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade. In: *Cadernos de RH Saúde*, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. n º 1, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de Saúde da Família*. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARMO, M. O desafio de uma gestão democrática e descentralizada. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M (org.). *Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*. 2008, vol.42, n.2, pp. 256-261

CORDEIRO, H. *O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS*. Physis, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004.

DAL POZ, M. PIERANTONI, C. R, VARELLA, T. C. *Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde*. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 1997.

DONABEDIAN Avedis. *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. QRB Quality Rev Bulletin. Nov;18(11):356-60, 1992.

DUTRA, J. D. *Gestão por Competências*. São Paulo: Editora Gente, 2002.

DUTRA, J. S. *Administração de carreiras*. São Paulo: Atlas, 1996.

EARLEY, C.; NORTHCRAFT, G. B.; LEE, C; LITUCHY, T. , M; PRINGLE, C. D. Impact of Process and Outcome Feedback on the Relation of Goal Setting to Task Performance. *Academy of Management Journal*, 33:1, 87-105, 1990.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X; TOMASI, E.; THUMÉ., E; SILVEIRA, D. S; SIQUEIRA, F. V; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FITZSIMMONS, J. & FITZSIMMONS, M. *Administração de Serviços*. Porto Alegre: Bookman, 2003.

FLANNERY, T. P; HOFRICHTER, D; PLATTEN, P. E. *Pessoas, Desempenho e Salário: As mudanças na forma de Remuneração nas Empresas*. São Paulo, Futura, 1997.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In SALERMO, M, S. (Org.). *Relação de Serviço: Produção e Avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo. Atlas, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p. 490-498, 2005.

GOLDENBERG, M. A. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002

GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, A. A. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 2004.

GONCALVES, R. J; SOARES, R. A; TROLL, T; CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. med.* [online]. vol.33, n.3, pp. 382-392, 2009

GUIMARÃES, T. A.; NADER, R. M.; RAMAGEM, S. P. Avaliação de Desempenho de Pessoal: uma Metodologia Integrada ao Planejamento e à Avaliação Organizacionais. In: *Revista de Administração Pública*. vol. 32, n. 6, p. 43-61, Nov/Dez, 1998.

GYORGYI, A. S. Necessidade de Pesquisa em Atenção Primária. In: STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

HAIR, J. F. et al. *Análise Multivariada de Dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho Hospitalar no Brasil*. São Paulo. Singular. 2009.

LEVINSON, H. Avaliação de que Desempenho? In: VROOM, V. H. *Gestão de Pessoas não de Pessoal: os melhores métodos de motivação e avaliação de desempenho*. Rio de Janeiro, Campos, 1997.

LOTTA, G. S. Avaliação do desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. *RAE Eletrônica*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-12, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. *Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MAGER, R. F; PIPE. P. *Análise de Problemas de Desempenho*. Porto Alegre. Globo. 1976.

MENDES E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIGUEL, S. Desempenho Profissional numa Organização de Saúde – Um modelo de análise. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 8(4): 37-53, ILUS, TAB. 2009.

MILANI, I. Sistemas de Avaliação de Desempenho: uma revisão de literatura. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 45-57, 1988.

MILKOVICH, G. T; BOUDREAU, J. W. *Administração de Recursos Humanos*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NOGUEIRA, R P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (coord.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. OPAS/OMS, 1997.

OLIVEIRA-CASTRO, G. A.; LIMA, G. B. C.; VEIGA, M. R. M. Implantação de um sistema de avaliação de desempenho: métodos e estratégias. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v. 31, n. 3, p. 38-52, 1996.

PIERANTONI, C. R; VARELLA, T. C; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: Barros, A.F.R. (org.) et.al. *Observatório de recursos humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO E. M.; PIRES D; BLANK V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* ;20(2):438-46, 2004.

RIBEIRO, R.C; GUEDES, C. H. F. F.; NUNES, M. P. T. Médicos recém-formados: sólida formação geral ou sólida formação especializada? *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.33, n.4, p.571-585, 2009

ROCHA, T. A. H. *Gestão de Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família – Um estudo em Belo Horizonte pela ótica da Avaliação de Eficiência*. 2011. Dissertação – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na Estratégia Saúde da Família no Brasil: A utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: C. R. PIERANTONI, M. R. DAL POZ, T. FRANÇA. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

RODRIGUES, R. B. *Atração, Retenção e a Lógica da Gestão de Recursos Humanos: Um Estudo Sobre os Médicos da Estratégia Saúde da Família*. 1. ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM, 2009.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, V. A. A.; SOUSA, M. M.; ROCHA, J. V. M.; FERNANDES, R. C. Formação de médicos especialistas: lições para os sistemas de saúde. In: BARBOSA, A. C.; Joaquim Ramos SILVA, J. R. (Org.). *Economia, Gestão e Saúde: As Relações Luso-Brasileiras em Perspectiva*. Lisboa: Edições Colibri, v. único, p. 215-238, 2011.

ROESCH, S. M. A. *Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SEIXAS, P. H. *Médicos em Saúde da Família na cidade de São Paulo*. 2006. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/pdf/rh/medicos.pdf>. Acessado em 08/03/2014.

SELLTIZ, C. et al. *Métodos de Pesquisa das Relações Sociais*. São Paulo: Herder, 1965.

SHANTZ, A; LATHAM, G. The Effect of Primed Goals on Employee Performance: Implications for Human Resource Management. *Human Resource Management*, 50:2, 289 – 299, 2011.

SILVA, N. C. *Gestão de Recursos Humanos na Saúde da Família: Fato ou ficção?*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM. 2009.

SILVA, N. C; RODRIGUES, R.B; ROCHA, T. A. H; RODRIGUES, J. M. Gestão De Recursos Humanos Em Saúde E Sua Necessária Interface Ao Mundo Organizacional – Um Olhar Ampliado. *XXXIII Encontro da ANPAD*. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2009/GPR/GPR2596.pdf

SONNENTAG, S. & FRESE, M. Performance Concepts and performance theory. In SONNENTAG, S. (Org.) *Psychological Management of Individual Performance*. p. 03-25. Chichester, UK. 2002.

SOUZA, V. L. *Gestão de Desempenho: julgamento ou diálogo?* 2. ed. Rio de Janeiro, FGV, 2003.

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

TARABOULSI, F. A. *Administração de Hotelaria Hospitalar*. 2. Ed. São Paulo, Atlas, 2004.

TEIXEIRA, M. G; RATES, S. M; PIMENTA JÚNIOR, F. G; FERREIRA, J. M. Construindo a Política Pública de Saúde: o SUS no município em Belo Horizonte. *Política Social*, v. 28, p. 5-9, 2011.

ULRICH, D. *Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH*. São Paulo: Futura, 2000.

VIANA, A. L D; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. vol.8, n.2, p. 11-48, 1998.

WONG, L; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População, Abep*, v.23, n.1, 2006.

WOOD, S; WALL, T. Gestão de Recursos Humanos e desempenho empresarial. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*. V. 37, n. 3, jul/set 2002.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO A – Indicadores de Desempenho do Médico da Saúde da Família²⁹

1. Participou de reunião com a comunidade no último semestre?
2. Realiza visita domiciliar pelo menos uma vez por mês?
3. Realiza visita domiciliar a usuários acamados?
4. Realiza visita domiciliar a usuários com mobilidade reduzida?
5. Realiza visita domiciliar a mulher no período de puerpério?
6. Realiza visita domiciliar a população geral, excluindo as visitas a acamados, usuários com mobilidade reduzida e mulheres no período de puerpério?
7. Realiza coleta de material para exame citopatológico (prevenção do câncer de colo de útero)?
8. Realiza exame clínico de mamas (palpação)?
9. Realiza prescrição de tratamento para corrimento vaginal?
10. Solicita exames anti-HIV e VDRL no pré-natal?
11. Avalia o calendário de vacinação antitetânica da gestante?
12. Realiza avaliação do estado nutricional da gestante?
13. Identifica a gestante com patologias que possa resultar em trabalho de parto prematuro e/ou de baixo peso?
14. Realiza encaminhamento para o pré-natal no serviço de referência, quando indicado?
15. Realiza consulta médica de pré-natal programada (não considerar intercorrência)?
16. Trata as gestantes com VDRL+ e toxoplasmose?
17. Trata com AZT as gestantes HIV+?
18. Avaliação de peso está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
19. Avaliação da pressão arterial está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
20. Verificação da situação vacinal está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
21. Avaliação de risco está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
22. Medida da altura uterina está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
23. Ausculta de BCF (batimentos cardíaco-fetais) está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
24. Orientação ao aleitamento materno está incluída em uma consulta típica de pré-natal?
25. Solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal estão incluídas em uma consulta típica de pré-natal?

²⁹ Retirados da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” - Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011.

26. Registro de todas as anotações no cartão da gestante está incluído em uma consulta típica de pré-natal?
27. Realiza tratamento da criança desidratada?
28. Trata as crianças com crise aguda de asma?
29. Trata os recém-nascidos com sífilis congênita sem relato de tratamento na maternidade?
30. Orientação alimentar está incluída em uma consulta típica de criança?
31. Verifica a situação vacinal durante uma consulta típica de criança?
32. Avalia o risco social durante uma consulta típica de criança?
33. Registra todas as anotações no cartão durante uma consulta típica de criança?
34. Realiza o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) durante uma consulta típica de criança?
35. Realiza a estratificação do risco cardiovascular para todos os hipertensos cadastrados no Protocolo de HAS/RCV?
36. Realiza Grupos Operativo-Educativos para todos os hipertensos cadastrados?
37. Realiza consultas médicas para todos os hipertensos (conforme proposto no protocolo de HAS e RCV) de acordo com a estratificação de risco?
38. Realiza a referência para Atenção Secundária, dos casos indicados aos serviços de média e alta complexidade, com devido acompanhamento do paciente por toda rede assistencial?
39. Avalia durante as consultas o risco de o paciente desenvolver diabetes?
40. Realiza acompanhamento dos diabéticos incluindo a prescrição de medicamentos quando necessário?
41. Encaminha regularmente os diabéticos mal controlados ou com complicações crônicas para as respectivas especialidades?
42. Utiliza o monofilamento para o exame dos pés?
43. Utiliza o prontuário eletrônico do diabético?
44. Orientação alimentar está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
45. Orientação de atividades físicas está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
46. Orientação contra o tabagismo está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
47. É realizado cálculo do IMC (índice de massa corporal) na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?

48. Avaliação dos pés (diabéticos) está incluída na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
49. Cálculo de Escore de Framingham para classificação de risco cardiovascular está incluído na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis?
50. Identifica todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
51. Encaminha para o serviço de referência todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
52. Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)?
53. Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas?
54. Realiza consultas mensais para todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
55. Realiza acolhimento e/ou primeira consulta médica para todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e prioriza os idosos frágeis ou em situação de vulnerabilidade social?
56. Utiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para detectar ou monitorar os sinais de fragilização?
57. Encaminha para avaliação ginecológica, urológica e saúde bucal periodicamente?
58. Realiza avaliação multidimensional para identificação dos Gigantes da Geriatria (5 “Is” instabilidade, incontinência, iatrogenia, imobilidade e insuficiência cognitiva) ou outros fatores de risco em todas as consultas e co-morbidades?
59. Encaminha os idosos frágeis para as consultas de geriatria, de acordo com os critérios estabelecidos pela SMSA?
60. Encaminha os idosos para avaliação da reabilitação, favorecendo uma intervenção mais precoce, tanto no paciente quanto no ambiente onde ele vive?
61. Realiza consulta médica anual de acompanhamento para todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos inscritos?
62. Realiza consultas de acompanhamento periódicas para todos os adolescentes com obesidade?
63. Encaminha todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado?

ANEXO B – Indicadores de Desempenho da Equipe de Saúde da Família³⁰

1. A equipe utiliza o mapa da área de abrangência para planejamento identificando nele a ocorrência de casos e áreas de risco?
2. O cadastramento da população é feito utilizando Censo BH Social?
3. O cadastramento da população é feito utilizando formulário/caderno (registro manual)?
4. O cadastramento da população é feito utilizando o prontuário?
5. A Equipe de Saúde da Família utiliza prontuário?
6. A equipe traça o perfil familiar para sua área de abrangência?
7. As informações do perfil são utilizadas no momento do atendimento dos usuários?
8. A equipe tem um planejamento de ações e de oferta de serviços?
9. A equipe de SF realiza busca ativa para Hanseníase por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
10. A equipe de SF realiza busca ativa para Hanseníase através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
11. A equipe de SF realiza busca ativa para Hanseníase através da captação do ACS durante visitas domiciliares?
12. A equipe de SF realiza busca ativa para Hanseníase através de campanha na comunidade?
13. A equipe de SF realiza busca ativa para Hanseníase através do monitoramento contínuo de fatores de risco?
14. A equipe de SF realiza busca ativa para Diabetes por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
15. A equipe de SF realiza busca ativa para Diabetes através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
16. A equipe de SF realiza busca ativa para Diabetes por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?
17. A equipe de SF realiza busca ativa para Diabetes por meio de campanha na comunidade?
18. A equipe de SF realiza busca ativa para Diabetes através de monitoramento contínuo de fatores de risco?
19. A equipe de SF realiza busca ativa para Hipertensão por meio da morbidade referida no Censo BH Social?

³⁰ Retirados da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” - Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011.

20. A equipe de SF realiza busca ativa para Hipertensão através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
21. A equipe de SF realiza busca ativa para Hipertensão por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?
22. A equipe de SF realiza busca ativa para Hipertensão por meio de campanha na comunidade?
23. A equipe de SF realiza busca ativa para Hipertensão através do monitoramento contínuo de fatores de risco?
24. A equipe de SF realiza outras formas de busca ativa para Hipertensão?
25. A equipe de SF realiza busca ativa para Gestante por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
26. A equipe de SF realiza busca ativa para Gestante através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
27. A equipe de SF realiza busca ativa para Gestante por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?
28. A equipe de SF realiza busca ativa para Gestante por meio de campanha na comunidade?
29. A equipe de SF realiza busca ativa para Gestante através do monitoramento contínuo de fatores de risco?
30. A equipe de SF realiza busca ativa para HIV por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
31. A equipe de SF realiza busca ativa para HIV através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
32. A equipe de SF realiza busca ativa para HIV por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?
33. A equipe de SF realiza busca ativa para HIV por meio de campanha na comunidade?
34. A equipe de SF realiza busca ativa para HIV por meio de monitoramento contínuo de fatores de risco?
35. A equipe de SF realiza outras formas de busca ativa para HIV?
36. A equipe de SF realiza busca ativa para Tuberculose por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
37. A equipe de SF realiza busca ativa para Tuberculose através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
38. A equipe de SF realiza busca ativa para Tuberculose por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?

39. A equipe de SF realiza busca ativa para Tuberculose por meio de campanha na comunidade?
40. A equipe de SF realiza busca ativa para Tuberculose por meio de monitoramento contínuo de fatores de risco?
41. A equipe de SF realiza busca ativa para Saúde Mental por meio da morbidade referida no Censo BH Social?
42. A equipe de SF realiza busca ativa para Saúde Mental através da demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos?
43. A equipe de SF realiza busca ativa para Saúde Mental por meio da captação do ACS durante visitas domiciliares?
44. A equipe de SF realiza busca ativa para Saúde Mental por meio de campanha na comunidade?
45. A equipe de SF realiza busca ativa para Saúde Mental por meio do monitoramento contínuo de fatores de risco?
46. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para a Saúde da criança?
47. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para a Saúde da mulher e gestante?
48. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Tuberculose?
49. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Hanseníase?
50. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Hipertensão?
51. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Diabetes?
52. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Saúde do idoso?
53. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Saúde do Adolescente?
54. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para DST?
55. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para Saúde Mental?

56. A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem para a Vigilância Epidemiológica?
57. Há divulgação de agenda - por meio de cartazes ou informativos na UBS; nas visitas dos ACS; nas reuniões comunitárias, ou nas escolas?
58. O Enfermeiro participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?
59. O Enfermeiro participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?
60. O Enfermeiro realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?
61. O Enfermeiro realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?
62. O Enfermeiro realiza treinamento do auxiliar de enfermagem?
63. O Enfermeiro realiza treinamento do ACS?
64. O Enfermeiro realiza consulta de Enfermagem em clínica médica?
65. O Enfermeiro realiza consulta de Enfermagem em pediatria?
66. O Enfermeiro realiza consulta de Enfermagem em ginecologia?
67. O Enfermeiro realiza consulta de Enfermagem em obstetrícia?
68. O Técnico/Auxiliar de enfermagem participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?
69. O Técnico/Auxiliar de enfermagem realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?
70. O Técnico/Auxiliar de enfermagem participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?
71. O Técnico/Auxiliar de enfermagem realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?
72. O Agente Comunitário de Saúde Participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?
73. O Agente Comunitário de Saúde Realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?
74. O Agente Comunitário de Saúde participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?
75. Agente Comunitário de Saúde realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?
76. Os Agentes realizam visitas domiciliares mensais?
77. Enfermeiros realizam visitas domiciliares mensais?
78. Auxiliares / Técnicos de Enfermagem realizam visitas domiciliares mensais?
79. Há Supervisão Técnica da Equipe?
80. Há supervisão clínica da Equipe?

81. Existem discussões de casos clínicos pela equipe?
82. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de Febre?
83. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de crise convulsiva?
84. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de crise de asma ou broncoespasmo?
85. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de crise hipertensiva?
86. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de desidratação?
87. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de vômitos?
88. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de corte em pele com indicação de sutura?
89. A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico de crise de hipoglicemia?
90. A equipe mobiliza a rede de apoio social para suporte aos usuários?
91. Realiza busca ativa de mulheres com o resultado de exame cito-patológico alterado?
92. Realiza busca ativa de mulheres com solicitação de Mamografia que não retornam na consulta?
93. Estuda a cobertura da população alvo da sua área de abrangência referente à Citologia Oncótica?
94. Estuda a cobertura da população alvo da sua área de abrangência referente à Mamografia?
95. Identifica todas as gestantes da área de abrangência?
96. Realiza consulta de enfermagem de pré-natal programada?
97. Discute os óbitos maternos e infantis ocorridos na área de abrangência da UBS?
98. Monitora a gestante (busca ativa de faltosas, manutenção do vínculo das encaminhadas para o alto risco)?
99. Faz visita domiciliar até o 5º dia após a alta para os Recém Nascidos incluindo os de baixo peso e os prematuros?
100. Cadastra e vincula ao serviço todas as crianças da área de abrangência?
101. Realiza a coleta de sangue para o Teste do Pezinho conforme Protocolo?
102. Avalia caderneta da criança e condições de alta da maternidade?
103. Realiza agendamento da triagem auditiva neonatal?
104. Cadastra e acompanha as crianças no Programa Criança Que Chia?
105. Faz busca ativa dos faltosos e dos egressos hospitalares?
106. Identifica e investiga as causas dos óbitos infantis evitáveis ocorridos na área de abrangência da UBS?
107. Incentiva o aleitamento materno?
108. Fornece às mães orientações sobre os cuidados com o bebê?

109. Realiza consulta as consultas programadas para crianças até 2 anos para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
110. Realiza acompanhamento da criança desnutrida conforme protocolo?
111. Realiza acompanhamento de casos identificados de crianças com sofrimento mental em parceria com a equipe de saúde mental?
112. Notifica e acompanha as crianças vítimas de maus tratos?
113. Identifica todos os hipertensos da área de abrangência da ESF?
114. Faz o cadastro dos hipertensos no Protocolo de HAS/RCV?
115. A programação das atividades da unidade de saúde para os hipertensos é feita de acordo com a estratificação de risco?
116. O ACS realiza visitas domiciliares para os hipertensos cadastrados?
117. Identifica todos os diabéticos da área de abrangência da ESF?
118. Realiza atividades de prevenção (mudança de estilo de vida) junto aos portadores de fatores de risco para desenvolvimento de diabetes?
119. Realiza o cadastro de Portadores de Diabetes usuários de insulina?
120. Orienta devidamente os pacientes descompensados para acompanhamento adequado?
121. Encaminha e acompanha rotineiramente o fornecimento dos insumos para diabéticos tipo 1 de sua área de abrangência?
122. Cadastra regularmente os diabéticos tipo 2 para recebimento dos insumos pertinentes?
123. Orienta os diabéticos quando recebem os insumos para o uso correto dos aparelhos (glicosímetros e lancetadores)?
124. Visita e/ou acompanha os diabéticos egressos hospitalares?
125. Questiona os pacientes quanto ao acompanhamento clínico e laboratorial regular (urina rotina ou microalbuminúria, escórias, controle glicêmico e lipídico)?
126. Realiza o preenchimento das fichas de doenças de notificação compulsória?
127. Faz notificação de casos de violência?
128. Realiza a investigação de casos de doenças de notificação compulsória?
129. Realiza medidas para controle de casos e surtos (considerar vacinação de bloqueio e quimioprofilaxia, entre outros)?
130. Investiga causas e motivos relacionados aos óbitos ocorridos, recorrendo a documentos e/ou depoimentos?
131. Investiga causas, motivos e desdobramentos das internações ocorridas, recorrendo a documentos e/ou depoimentos?

132. Acompanha junto com a equipe de saúde mental todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)?
133. Acompanha junto com a equipe de saúde mental todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas?
134. Participa da elaboração do projeto terapêutico individual e de sua reformulação quando necessário?
135. Identifica e articula a rede de serviços de Saúde Mental, substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, para acolher e tratar todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?
136. Promove a participação de todos os usuários portadores de sofrimento mental grave em atividades psicossociais e/ou comunitárias para promoção de reinserção social?
137. Encaminha os usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas para serv. de apoio social (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, outros)?
138. Inscreve todos os adolescentes da área de abrangência no acompanhamento da UBS?
139. Identifica todos os adolescentes usuários de substâncias lícitas ou ilícitas?
140. Participa de grupos de discussão com a equipe de saúde mental e NASF (matriciamento), de casos moderados e graves de obesidade para construção de estratégias e planejamento terapêutico?
141. Reconhece e faz diagnóstico das múltiplas causas que podem estar envolvidas no estado de obesidade moderada e grave?
142. Trata e acompanha todos os adolescentes sobre uso de substâncias lícitas ou ilícitas?
143. Participa de grupos de discussão com a equipe de saúde mental e NASF de casos complexos de adolescentes em situação de risco para construção de estratégias e planejamento terapêutico?
144. Notifica e acompanha adolescentes vítimas de maus tratos?
145. Realiza imunização de todos os adolescentes inscritos?
146. Promove grupos educativos sobre sexualidade segura e sobre as repercussões emocionais relativas às transformações biopsicossociais próprias da adolescência?
147. Promove, na abordagem, a participação e o protagonismo dos adolescentes nas ações de recuperação, promoção e prevenção à saúde?
148. Realiza atividades educativas específicas para os adolescentes com uso esporádico de substâncias lícitas ou ilícitas?
149. Realiza grupos educativos de promoção do estilo de vida saudável e ações de prevenção de distúrbios nutricionais?

150. Identifica todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e cadastra para acompanhamento?
151. Realiza assistência domiciliar para todos os idosos cadastrados que estão restritos ao domicílio?
152. Orienta os cuidadores domiciliares para o cuidado do idoso frágil?
153. Realiza, com apoio do NASF, perfil nutricional dos idosos frágeis e daqueles em dieta enteral?
154. Executa o Plano de Cuidados definido pela Equipe de Saúde da Família ou aqueles sugeridos pelos serviços de geriatria ou ações recomendadas por outros pontos de atenção?
155. Orienta idosos e familiares a participar das atividades das demais Secretarias pertinente à atenção ao idoso (grupos de convivência, Programa Vida Ativa, etc)?

ANEXO C – Indicadores de Infraestrutura³¹

1. A UBS se localiza dentro da área de abrangência?
2. A UBS pode ser facilmente acessada pela população que atende?
3. Há sala de acolhimento?
4. Há sala de recepção ou local coberto para espera de pacientes?
5. Há sala ou espaço para reuniões na UBS?
6. Há consultório conjunto para atendimento médico e de enfermagem?
7. Há consultório específico para atendimento médico?
8. Há consultório específico para atendimento de enfermagem?
9. Há sala de procedimentos básicos ou de curativos?
10. Há sala para armazenar e dispensar medicamentos?
11. Há sala específica para armazenar medicamentos?
12. Há sala específica para dispensar medicamento?
13. Há sala exclusiva de vacinas com geladeira?
14. Há sala de expurgo?
15. Há sanitário exclusivo para funcionários?
16. Há sanitário para o público?
17. Existe privacidade visual em todos os consultórios?
18. A UBS oferece rampa de acesso com pelo menos 0,90 m de largura para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
19. As principais portas de acesso têm pelo menos 0,80 m de largura para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
20. Os principais corredores internos têm pelo menos 0,90 m de largura para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
21. A UBS oferece pelo menos 1 sanitário (ou 10%), em cada pavimento, adaptado com bacia, mictório para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
22. A UBS oferece pelo menos 1 bebedouro (ou 50%) em rotas acessíveis, em cada pavimento para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
23. A UBS oferece espaço suficiente para acomodar pelo menos uma cadeira de rodas na sala de recepção para a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida?
24. A UBS dispõe de aparelho de aerossol ou nebulizador para atendimento da população?

³¹ Retirados da base de dados da pesquisa “Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte” - Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Relatório de Pesquisa, 2011.

25. A UBS dispõe de armário de aço fechado?
26. A UBS dispõe de armário vitrine em consultório?
27. A UBS dispõe de arquivos de aço para pasta suspensa?
28. A UBS dispõe de autoclave?
29. A UBS dispõe de autoclave horizontal?
30. A UBS dispõe de bacias inox 30 cm?
31. A UBS dispõe de balança adulto?
32. A UBS dispõe de balança infantil?
33. A UBS dispõe de balança pediátrica?
34. A UBS dispõe de bancada com pia (sala de vacinas)?
35. A UBS dispõe de bancada dobrável com banquetas (cozinha/copa)?
36. A UBS dispõe de bandeja inox retangular?
37. A UBS dispõe de banqueta giratória cromada (consultório ginecológico)?
38. A UBS dispõe de bebedouro com filtro?
39. A UBS dispõe de biombo duplo?
40. A UBS dispõe de botijão de gás (cozinha/copa)?
41. A UBS dispõe de braçadeira?
42. A UBS dispõe de cabos de bisturi?
43. A UBS dispõe de caixas térmicas?
44. A UBS dispõe de computador?
45. A UBS dispõe de cubas redondas?
46. A UBS dispõe de cubas rim?
47. A UBS dispõe de detector ultrassônico (fetal)?
48. A UBS dispõe de escada com dois degraus?
49. A UBS dispõe de escaninhos para guardar pertences (banheiro para funcionários)?
50. A UBS dispõe de esfignomanômetro com estetoscópio adulto?
51. A UBS dispõe de esfignomanômetro com estetoscópio infantil?
52. A UBS dispõe de esfignomanômetro para adolescentes?
53. A UBS dispõe de espaçadores?
54. A UBS dispõe de espéculo ginecológico de inox?
55. A UBS dispõe espéculos Collin nº 1?
56. A UBS dispõe de espéculos Collin nº 2?
57. A UBS dispõe de espéculos Collin nº 3?
58. A UBS dispõe de espéculos descartáveis?

59. A UBS dispõe de estetoscópio?
60. A UBS dispõe de estetoscópio de Pinard?
61. A UBS dispõe de estufa?
62. A UBS dispõe de fita métrica?
63. A UBS dispõe de Foco?
64. A UBS dispõe de Foco com haste flexível?
65. A UBS dispõe de fogão (cozinha/copa)?
66. A UBS dispõe de geladeira exclusiva para vacina?
67. A UBS dispõe de geladeira para armazenar outros medicamentos (insulina, material odontológico, etc)?
68. A UBS dispõe de geladeira para uso doméstico (cozinha/copa)?
69. A UBS dispõe de Glicosímetro?
70. A UBS dispõe de histerômetros?
71. A UBS dispõe de impressora?
72. A UBS dispõe de espéculos auriculares para reposição?
73. A UBS dispõe de kit Sutura?
74. A UBS dispõe de lanterna clínica?
75. A UBS dispõe de lavatório?
76. A UBS dispõe de mesa auxiliar com bandeja inox?
77. A UBS dispõe de mesa ginecológica?
78. A UBS dispõe de mesa para computador e impressora?
79. A UBS dispõe de mesa para exame clínico?
80. A UBS dispõe de mesa tipo escritório ou mesa redonda?
81. A UBS dispõe de microcomputador?
82. A UBS dispõe de micronebulizadores?
83. A UBS dispõe de monofilamentos?
84. A UBS dispõe de negatoscópio?
85. A UBS dispõe de oftalmoscópio?
86. A UBS dispõe de otoscópio?
87. A UBS dispõe de pinça?
88. A UBS dispõe de pinça (jacaré) para retirada de DIU?
89. A UBS dispõe de pinças anatômicas 16 cm?
90. A UBS dispõe de pinças Cheron 25 cm?
91. A UBS dispõe de pinças dissecação dente-de-rato 14 cm?

92. A UBS dispõe de pinças hemostáticas 16 cm?
93. A UBS dispõe de pinças Pozzi ou Museaux 25 cm?
94. UBS dispõe de ponto de água (tanque) (Sala de resíduos sólidos - lixo)?
95. UBS dispõe de ponto de oxigênio?
96. UBS dispõe de quadro para murais?
97. UBS dispõe de ralo sifonado com vão de ventilação e telado (Sala de resíduos sólidos - lixo)?
98. A UBS dispõe de sonar (detector fetal)?
99. A UBS dispõe de suporte para álbum seriado?
100. A UBS dispõe de suporte para membros inferiores (tipo pedicure)?
101. A UBS dispõe de suporte para soro?
102. A UBS dispõe de tambores médios (dispensação de resíduos)?
103. A UBS dispõe de tanque?
104. A UBS dispõe de televisor?
105. A UBS dispõe de tensiômetro/esfigmomanômetro?
106. A UBS dispõe de termômetro (mercúrio e/ou digital)?
107. A UBS dispõe de termômetro de registro de temperatura máxima e mínima (controle de temperatura de geladeira)?
108. A UBS dispõe de termômetros com cabo extensor?
109. A UBS dispõe de tesoura?
110. A UBS dispõe de tesouras curvas 14 cm?
111. A UBS dispõe de tesouras pontas finas 10 cm?
112. UBS dispõe de tesouras retas 14 cm?
113. A UBS dispõe de toesa (régua antropométrica)?
114. A UBS dispõe de vídeo/DVD?
115. A UBS dispõe de impressora?
116. A UBS dispõe de internet?
117. A UBS dispõe de telefone fixo dentro da Unidade (desconsiderar telefone público)?
118. A UBS dispõe de esterilização centralizada?
119. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Diazepam 5 mg/ml - injetável para atendimentos de urgência?
120. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Dinitrato de isossorbida 5 mg - comprimido sublingual para atendimentos de urgências?

121. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Dipirona 500 mg/ml - injetável para atendimentos de urgências?
122. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Epinefrina 1 mg/ml – injetável para atendimentos de urgências?
123. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Glicose hipertônica (50% ou 25%) para atendimentos de urgências?
124. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Metoclopramida 10 mg/ 2ml - injetável para atendimentos de urgências?
125. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Prometazina 25 mg/ 2ml - injetável para atendimentos de urgências?
126. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Salbutamol 100ug/dose - aerossol para atendimentos de urgências?
127. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico Salbutamol 5mg/ ml - Solução inalante ou 100ug/ml aerossol para atendimentos de urgências?
128. A Unidade de saúde dispõe do item farmacêutico solução fisiológica 0,9% ou Ringer Lactato - para atendimentos de urgências?
129. Há na UBS agulhas descartáveis?
130. Há na UBS algodão?
131. Há na UBS bloco de receituário?
132. Há na UBS caderneta da criança?
133. Há na UBS caderneta da gestante?
134. Há na UBS caderneta do Idoso?
135. Há na UBS descarpac (coletor de material perfuro-cortante)?
136. Há na UBS esparadrapo?
137. Há na UBS espéculo ginecológico descartável?
138. Há na UBS fichas do Hiperdia?
139. Há na UBS fichas do Censo BH Social?
140. Há na UBS fichas espelho da criança?
141. Há na UBS fio de sutura?
142. Há na UBS fita HGT (glicemia capilar)?
143. Há na UBS gaze?
144. Há na UBS lanceta para punção digital?
145. Há na UBS luvas estéreis?
146. Há luvas para procedimentos?

147. Há na UBS produtos para esterilização de material?
148. Há na UBS seringas com agulha acoplada para insulina?
149. Há na UBS seringas descartáveis?
150. A quantidade de agulhas descartáveis é suficiente?
151. A quantidade de algodão é suficiente?
152. A quantidade de bloco de receituário é suficiente?
153. A quantidade de caderneta da criança é suficiente?
154. A quantidade de caderneta da gestante é suficiente?
155. A quantidade de caderneta do Idoso é suficiente?
156. A quantidade de Descarpack (coletor de material perfuro-cortante) é suficiente?
157. A quantidade de esparadrapo é suficiente?
158. A quantidade de espéculo ginecológico descartável é suficiente?
159. A quantidade de fichas do Hiperdia é suficiente?
160. A quantidade de fichas do Censo BH Social é suficiente?
161. A quantidade de fichas espelho da criança é suficiente?
162. A quantidade de fio de sutura é suficiente?
163. A quantidade de fita HGT (glicemia capilar) é suficiente?
164. A quantidade de gaze é suficiente?
165. A quantidade de lanceta para punção digital é suficiente?
166. A quantidade de luvas estéreis é suficiente?
167. A quantidade de luvas para procedimentos é suficiente?
168. A quantidade de produtos para esterilização de material é suficiente?
169. A quantidade de seringas com agulha acoplada para insulina é suficiente?
170. A quantidade de seringas descartáveis é suficiente?