

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

**THIAGO AUGUSTO HERNANDES ROCHA**

**PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E PROCESSO DE  
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA  
INTERFACE NECESSÁRIA - UM ESTUDO EM BELO HORIZONTE**

**BELO HORIZONTE**

**2011**

**THIAGO AUGUSTO HERNANDES ROCHA**

**PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E PROCESSO DE  
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA  
INTERFACE NECESSÁRIA - UM ESTUDO EM BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Administração

Área de Concentração: Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa

BELO HORIZONTE

Faculdade de Ciências Econômicas

2011

Ficha catalográfica

R672g  
2012

Rocha, Thiago Augusto Hernandez, 1983-  
Práticas de gestão de recursos humanos e processo de trabalho na  
estratégia saúde da família: uma interface necessária - um estudo em  
belo horizonte / Thiago Augusto Hernandez Rocha, 2011.  
128, [52] 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 (p. 119-127) e anexos.

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

CDD: 658.3



**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 do Senhor **THIAGO AUGUSTO HERNANDES ROCHA**, REGISTRO N° 465/2011. No dia 07 de abril de 2011, às 10:00 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 25 de março de 2011, para julgar o trabalho final intitulado "Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Uma Interface Necessária - Um Estudo em Belo Horizonte", 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 ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato 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 ao candidato 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, 07 de abril de 2011.

NOMES

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

Prof.ª. Dr.ª. Mônica Viegas Andrade  
(CEDEPLAR/UFMG)

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini  
(UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

ASSINATURAS

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelas inúmeras renúncias realizadas para que eu pudesse chegar até aqui.

À Núbia, minha noiva, pela resiliência, dedicação, amor e paciência, por não ter desistido quando tudo era desfavorável.

Ao amigo Jáder, por não ter se ausentado quando era possível fazer a diferença. Sem a sua presença, paciência e postura, jamais teria conseguido chegar até aqui.

Aos amigos, que ficaram em segundo plano e que não receberam a atenção que mereciam por conta da dedicação necessária à superação de tamanha empreitada.

Ao professor Allan, pela paciência com os atrasos, pela compreensão com minha restrição de disponibilidade e pelos bons conselhos, que contribuíram para a melhora deste trabalho.

A minha tia Wanda, por todo apoio dedicado durante toda minha vida acadêmica.

A todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse possível, não somente com ações, mas também com compreensão.

## **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi analisar como se processa a associação entre as práticas de gestão de recursos humanos em saúde e a eficiência no cumprimento do processo de trabalho das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, levando-se em conta seus diversos princípios orientadores. Para tanto, foi realizado um estudo censitário com as equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte, de forma a analisar de que maneira diversos indicadores de recursos humanos em saúde se relacionavam com uma medida de eficiência no cumprimento de ações de oferta de cuidado. O modelo de análise utilizado baseou-se no trabalho de Avedis Donabedian que concebe as dimensões de estrutura, processo e resultado como fontes de informações sobre a qualidade das ações de oferta de cuidado. Os resultados indicam que investimentos em treinamento e capacitação de profissionais e na fixação de médicos podem contribuir de modo significativo para melhorar os índices de eficiência obtidos pelas equipes da cidade. Apesar dos avanços realizados em termos de gestão de recursos humanos em saúde, ainda pesam diversos desafios para que esta estratégia seja consolidada como ferramenta capaz de tornar a Estratégia Saúde da Família mais efetiva.

Palavras-chave: Gestão de recursos humanos em saúde, Estratégia de Saúde da Família, Indicadores de recursos humanos, Análise de eficiência.

## **ABSTRACT**

The main purpose of this work was to analyze how work the association between human resources in health management practices and the efficiency in carrying out the work process of the health teams of the Family Health Strategy, taking into account the multiple ordering principles of primary health care. For such a census study was conducted with teams of family health in Belo Horizonte, in order to analyze how various indicators of human resources in health were related to a measure of efficiency in carrying out actions for the provision of care. The analysis model used was based on the work of Avedis Donabedian that conceives structure, process and outcome as sources of information about the quality of care offered. The results indicate that investment in training of professionals, as well as retention of doctors can contribute significantly to the improvement of the efficiency indices obtained by the city teams. Despite progress in terms of human resources management in health care still weigh several challenges for it to be consolidated as a tool capable of making the Family Health Strategy more effectively.

**Keywords:** Management of human resources in health, The Family Health Strategy, Indicators for human resources, Efficiency analysis.

## **LISTA DE ABREVIACES**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APG – Administração Pública Gerencial

APS - Atenção Primária  Saúde

CRS – Constant returns to scale

DEA – Data Envelopment Analysis

DMU – Decising Making Unit

EBDM – Evidence Based Decision Making

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GRH - Gestão de Recursos Humanos

GRH – Gestão de Recursos Humanos

MARE – Ministério de Administração da Reforma do Estado

MS- Ministério da Saúde

NAP – Nova Administração Pública

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Plano Nacional de Imunização

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

RH - Recursos Humanos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUDS – Sistema unificado e Descentralizado de Saúde

SUS -Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VRS – Variable returns do scale

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Articulação conceitual do estudo .....	19
Figura 2 - Nível e escopo dos elementos envolvidos na definição do conceito de qualidade..	45
Figura 3 – Relacionamento entre estrutura, processo e resultado. ....	49
Figura 4 – Distritos sanitários de Belo Horizonte. ....	76
Figura 5 – Variáveis consideradas e sua inserção no modelo de análise. ....	81
Figura 6 – Quantidade de equipes eficientes por distrito. ....	98
Figura 7 – Distribuição dos escores de eficiência por quintil de eficiência. ....	100
Figura 8 – Melhoramentos potenciais médios para aumento da quantidade de equipes eficientes.....	103

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados.....	94
Tabela 2 – Distribuição dos escores de eficiência. ....	97
Tabela 3 – Percentual de melhoramentos potenciais dos <i>inputs</i> para aumento da eficiência das equipes.....	105

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Escores de eficiência por distrito. ....	97
Gráfico 2 – Melhoramentos potenciais dos inputs analisados para aumento de eficiência....	110

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Quadro de composição dos indicadores relacionados à dimensão de processo – outputs. ....	83
Quadro 2 – Matriz de composição dos indicadores relacionados à dimensão de estrutura - inputs. ....	85
Quadro 3 – Matriz de inputs e outputs utilizados na análise de eficiência.....	89
Quadro 4 – Síntese dos procedimentos metodológicos. ....	90

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO, REFERÊNCIAS E SITUAÇÃO ATUAL.....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>SITUANDO O DEBATE SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: CONTEXTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>74</b>
5.1	A NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO.....	74
5.2	UNIVERSO DA PESQUISA.....	76
5.3	A COLETA DE DADOS.....	77
5.4	A ANÁLISE DE DADOS.....	78
<b>6</b>	<b>RESULTADOS ENCONTRADOS.....</b>	<b>91</b>
6.1	DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS REFERENTES AOS INDICADORES DE ESTRUTURA ( <i>INPUTS</i> ) E PROCESSO ( <i>OUTPUT</i> ).....	92
6.2	DIMENSÃO DE PROCESSO – ESCORES DE EFICIÊNCIA.....	96
6.3	ANÁLISE INDIVIDUALIZADA DOS INDICADORES DE PROCESSO - <i>OUTPUTS</i> .....	101
6.4	ANÁLISE DOS INDICADORES DE ESTRUTURA - <i>INPUTS</i> .....	104
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é analisar como se processa a associação entre as práticas de gestão de recursos humanos (GRH) em saúde e a eficiência no cumprimento do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), levando-se em conta seus diversos princípios ordenadores. A motivação para este trabalho surgiu a partir dos resultados auferidos com a diversos trabalhos realizados no âmbito da Estação de Trabalho Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES/UFMG, em que se discutiram a existência e a efetividade de ações de gestão do RH na Estratégia Saúde da Família quanto à capacidade de promover uma atenção à saúde diferenciada em relação ao modelo tradicional de saúde. Assim como do debate que povoa a literatura sobre a escassez de estudos que procurem relacionar práticas de GRH em saúde com o desempenho dos serviços de saúde, especialmente aqueles voltados para a ESF.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu com o intuito de universalizar o acesso a serviços de saúde, bem como reorganizar a forma como tais serviços eram ofertados no Brasil. Com base nas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, buscou-se reorientar o sistema de saúde brasileiro, de forma a estender a oferta de serviços de qualidade a toda a população. Organizado de forma hierarquizada e descentralizada nos âmbitos administrativo e operacional, o SUS procurou, e ainda procura, transpor os desafios que se colocam para garantir os objetivos a que se propõe. Para tanto, diversas estratégias têm sido utilizadas destacando-se importância da ESF.

A ESF foi implantada enquanto política de escopo nacional em 1994 a partir dos resultados obtidos pelo programa de agentes comunitários do Ceará (MENDES, 2002), no que se refere à redução da mortalidade infantil. Partindo desta iniciativa, estendeu-se para todo o país,

atingindo em 2011 mais de 31 mil equipes de saúde distribuídas por todo o território nacional. STARFIELD (2002) defende que os sistemas de saúde que se organizam tendo por eixo estruturador o foco na Atenção Primária à Saúde (APS), como é o caso do Brasil após a implantação da ESF, apresentam maior eficácia, qualidade e equidade. Além disso, estes sistemas de serviços de saúde estariam vinculados a menores custos, melhores níveis de saúde, maior satisfação da população e menor utilização de medicamentos (STARFIELD, 2002).

Apesar de se configurar como política nacional e de buscar a solução de antigos problemas do sistema de saúde brasileiro, a ESF apresenta uma série de obstáculos e desafios a serem transpostos, para que se institucionalize de modo sólido e assegure serviços de qualidade para a população. Em grande parte, esses obstáculos e desafios estão vinculados à organização do trabalho e à nova lógica de prestação de serviços, o que coloca em destaque os gestores e os profissionais de saúde, uma vez que os serviços de saúde utilizam mão de obra em caráter intensivo. Com base nessa perspectiva, a GRH assume um papel significativo, uma vez que, por meio de suas práticas, pode contribuir para um alinhamento entre os objetivos dos profissionais de saúde e aqueles da ESF como um todo.

A gestão do trabalho<sup>1</sup>, ou GRH, engloba o conjunto de atividades decorrentes de um contexto organizacional específico, bem como de um sistema social no qual estas se inserem, direcionadas para a consecução dos diversos objetivos institucionais. Para que consigam atingir seus objetivos, as instituições se valem dos esforços coletivos de seus funcionários. Portanto a GRH envolve, necessariamente, o alinhamento entre os objetivos individuais e os organizacionais.

---

<sup>1</sup> Conceito cunhado para a saúde que engloba as ações sob o escopo da gestão de recursos humanos para as organizações industriais. Para fins de padronização conceitual o termo gestão de recursos humanos será empregado no presente trabalho como refletindo as ações de gestão do trabalho.

Apesar da importância que a função de recursos humanos pode assumir na esfera da saúde, o debate acerca das possibilidades de intervenção e atuação neste campo tem sido relegado a segundo plano (MENDES, 2002). Este autor ainda destaca que superar os desafios atrelados à gestão de recursos humanos tem sido uma tarefa árdua. A ausência de definição em relação a uma política salarial acaba por gerar uma disputa por profissionais; há carência de formação nos profissionais de saúde do país; existem dificuldades para se desenvolver atividades de capacitação voltadas para a ESF; os gestores enfrentam dificuldades para conseguir profissionais; e, uma vez superada esta última dificuldade, surge o problema da fixação dos mesmos, além da existência predominante de vínculos precários, o que contribui para um alto índice de rotatividade (SILVA et al, 2009; PUSTAI, 2004).

Para a superação desses obstáculos é fundamental consolidar o debate sobre recursos humanos na agenda do sistema de saúde. Somente articulando os diversos elementos capazes de modificar a lógica de GRH na saúde é que soluções poderão ser pensadas e aplicadas. Além do debate, ações de cunho avaliativo são fundamentais. Neste sentido, a necessidade de formular estratégias capazes de superar os desafios que se impõem a um modelo de sistema de serviços de saúde eficaz tem sido o foco dos estudos avaliativos realizados na esfera saúde. Abordagens que investiguem em que medida estas duas perspectivas se articulam se configuram como de suma importância, uma vez que fomentam a criação de soluções propositivas capazes de efetivar os preceitos de qualidade do SUS e da ESF.

Os estudos avaliativos conduzidos nesta perspectiva mais ampla voltaram-se, de início, para um primeiro passo, necessário e imprescindível, que se materializou na geração de evidências capazes de fornecer um primeiro cenário acerca da situação dos diversos elementos que permeiam a saúde. Num segundo momento, debruçaram-se sobre essas evidências, depreendendo reflexões capazes de fundamentar a tomada de decisão em relação aos elementos previamente identificados. Finalmente, uma vez consolidadas as etapas anteriores,

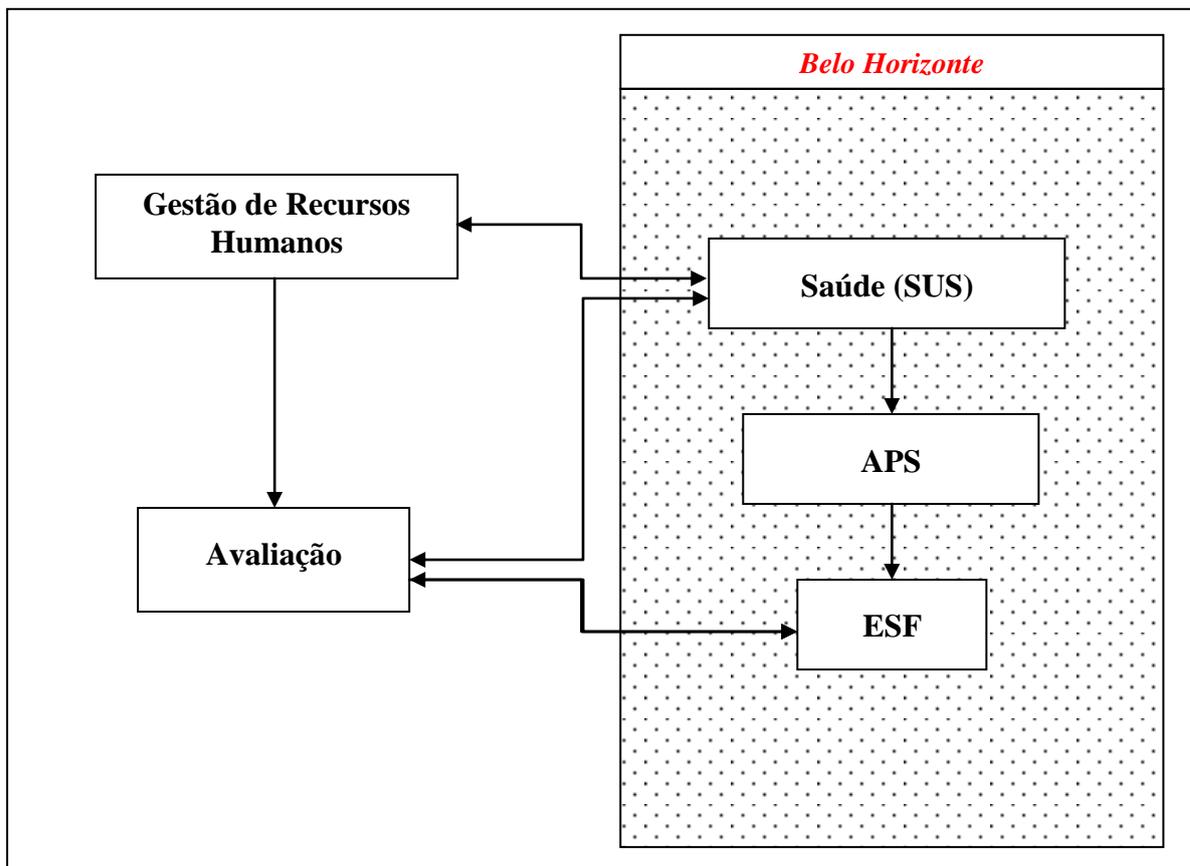
os estudos têm se dedicado à realização de investigações capazes de potencializar ações públicas concretas, reorientado as práticas de gestão de cuidado, de modo a garantir um sistema de saúde eficiente e alinhado com seus objetivos e é nesta perspectiva que insere o presente trabalho.

É neste contexto que se justifica o estudo proposto, que pretende identificar de que maneira diferentes práticas de GRH se relacionam com a eficiência no cumprimento do processo de trabalho em saúde vinculado aos princípios orientadores da APS, a partir da análise de dados coletados no estudo *Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte*, que avaliou as equipes de saúde da família de Belo Horizonte. Este trabalho visa articular ambas as dimensões, de modo a avaliar as possibilidades de intervenção junto às mesmas para assegurar um sistema de oferta de serviços saúde eficaz.

Para auferir tal objetivo, foi necessário definir um modelo conceitual de avaliação que comporte as especificidades inerentes aos estudos de avaliação em saúde, bem como aos estudos de avaliação em recursos humanos. Sem a definição de um modelo que comporte ambos os aspectos, a análise dos possíveis relacionamentos entre uma dimensão e outra se torna mais difícil. Nesse sentido, o modelo de avaliação surge como uma ferramenta para conferir uma parcela de ordem ao processo investigativo. Além disso, a adoção de *métricas* capazes de permitir uma análise pormenorizada da inserção da função de RH junto aos desafios da ESF é um ponto crucial a ser considerado.

A GRH perpassa todos os processos inerentes à oferta de cuidado do SUS, configurando-se como o principal insumo adotado para a oferta de cuidado adequado à população. Os aspectos de gestão inerentes à mesma são de fundamental importância para a consolidação de um sistema de oferta de serviços de saúde eficiente. Para que sejam definidas as ações capazes de

fortalecer a GRH em saúde, bem como consolidar o sistema de serviços, são imprescindíveis as iniciativas avaliativas. Além disso, as mesmas precisam se coadunar com os objetivos e princípios do SUS e da ESF, para elencar elementos chave de recursos humanos capazes de fortalecer o sistema de oferta de serviços de saúde. A Figura 1 exemplifica as relações entre os diversos elementos teóricos articulados neste trabalho.



**Figura 1 – Articulação conceitual do estudo**

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Para o cumprimento do objetivo principal proposto, abordam-se, na introdução alguns elementos referentes à temática de avaliação em saúde, ESF e GRH em saúde ao longo do trabalho. No segundo capítulo analisam-se os aspectos vinculados à formulação do SUS e da ESF enquanto política nacional. No terceiro capítulo foram abordados temas referentes às práticas de avaliação em saúde e ao relacionamento das mesmas com a ESF. No quarto

capítulo foram discutidos aspectos relacionados à GRH em saúde e seu relacionamento com a ESF e com as estratégias avaliativas como um todo. No quinto capítulo foram apresentados os passos metodológicos para que possam ser produzidas evidências capazes de fomentar o debate sobre a eficiência na oferta de serviços de saúde e aspectos vinculados à GRH. No sexto capítulo apresentam-se os resultados do modelo analítico desenvolvido no trabalho e, por fim, as considerações finais do trabalho desenvolvido.

## **2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL - HISTÓRICO, REFERÊNCIAS E SITUAÇÃO ATUAL**

A análise inicial da evolução das características demográficas observadas no Brasil pode auxiliar na compreensão da importância da ESF enquanto estratégia estruturadora do SUS, bem contribuir para um melhor entendimento sobre a evolução do modelo o de APS existente no país.

O perfil epidemiológico contribui de forma significativa para o entendimento das múltiplas variáveis responsáveis pela definição de grande parte das demandas de saúde com as quais um sistema de saúde deve lidar. Neste sentido, pode-se destacar que o Brasil experimentou entre os anos de 1940 e 1960, um declínio de mortalidade, com a manutenção da taxa de fecundidade em níveis elevados, produzindo uma população quase estável, jovem e com rápido crescimento (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Este quadro sofreu, ao final da década de 60, alterações, com a diminuição da taxa de fecundidade, mas apenas nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas. Esse decréscimo inicial atingiu em um curto espaço de tempo outras categorias sociais contribuindo para o delineamento de um processo de transição etária, que conduzirá a uma população quase estável, mas como um perfil diferente daquele observado em meados dos anos 60. O novo perfil a ser configurado se caracterizava por um padrão envelhecido e com ritmo de crescimento baixíssimo (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008).

As consequências desse processo de transição demográfica trazem implicações para o perfil epidemiológico da população (PRATA, 1992). Esta transformação é definida por Omran (2001) como transição epidemiológica, sendo marcada pela evolução progressiva de um perfil

de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro no qual predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas.

O desafio imposto pelas condições crônicas surge como um dos maiores obstáculos a serem transpostos pelo sistema de saúde brasileiro e mantém relação direta com o modelo de atenção adotado no Brasil. As mudanças demográficas têm contribuído para o envelhecimento populacional, o que, sabidamente, está associado ao aumento da prevalência de condições crônicas (CARVALHO e RODRIGUEZ-WONG 2008). Pesam ainda a urbanização e as mudanças no estilo de vida e no padrão de consumo, que têm contribuído para a transição epidemiológica encontrada no Brasil, com o predomínio de dupla carga de doenças, decorrentes de tanto condições crônicas, quanto de doenças infectocontagiosas (BRASIL 2007).

As perdas atreladas às doenças crônicas são elevadas em todo o mundo. Estima-se que, devido às doenças cardiovasculares e diabetes, alcançarão, nos próximos dez anos, 49,2 bilhões de dólares somente no Brasil. Aproximadamente, 60% de todas as mortes são devidas às condições crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Grande parte das perdas inerentes às doenças crônicas poderia ser minimizada com a reorientação dos sistemas de serviço de saúde mundiais, que, atualmente, operam segundo uma lógica de atendimento voltada para doenças agudas. No Brasil, a situação não é diferente. O modelo de sistema de saúde organizado orientou-se por uma lógica hospitalocêntrica, focada na atenção às condições agudas em detrimento de um modelo com foco nas condições crônicas de atuação regionalizada, como foco em prevenção. Para abordar os desafios impostos ao cuidado de condições crônicas, devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores focados em ações preventivas e de promoção à saúde (OMS 2003). Os sistemas de saúde

organizados segundo uma lógica de atendimento voltada para episódios agudos não conseguem manejar, com a devida qualidade, situações sanitárias marcadas pela predominância de condições crônicas (MENDES, 2002).

O manejo clínico entre as condições crônicas e agudas é completamente diverso. As condições agudas possuem duração limitada, sua manifestação é abrupta, são autolimitadas<sup>2</sup> e a intervenção médica resulta em cura, já as condições crônicas possuem duração longa, sua manifestação é insidiosa, não são autolimitadas e o cuidado médico não resulta em cura, mas sim em controle (MENDES, 2002). O uso de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente, autopercebidos – com base na demanda espontânea e em unidades de alta complexidade, é totalmente incapaz de lidar com as necessidades inerentes às condições crônicas. A atenção a estes agravos exige acompanhamento e cuidado contínuo, com o foco na prevenção e na promoção de saúde, mais que em ações onerosas voltadas para os episódios agudos ocasionados em função de um lapso de cuidado.

Diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde tradicionais em lidar com o manejo das condições crônicas de modo eficaz surgiu, no Reino Unido, em meados da década de 20, um modelo voltado para uma abordagem mais adequada de situações crônicas de saúde (STARFIELD, 2002). Este modelo definiu a concepção moderna dos sistemas de serviços de saúde e ficou conhecido como Atenção Primária à Saúde ou APS. Este modelo recebeu destaque internacional a partir do pacto realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União Soviética (URSS), em que os diversos países que participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde firmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo assim a

---

<sup>2</sup> Condições autolimitadas de saúde acabam por se extinguir sem a necessidade de intervenção médica como resultado da resposta imunológica do organismo.

Declaração de Alma-Ata (SOUZA, HAMMAN, 2011). A APS, nesta mesma ocasião, foi assim definida:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS, 1978).

Segundo este modelo de atenção à saúde, a organização dos sistemas de saúde se daria em três níveis articulados em rede: os centros primários, os secundários e os hospitais como nível mais complexo de atenção (STARFIELD, 2002).

Na perspectiva da APS, foi concebido um conjunto de princípios, chamados ordenadores, que regem o funcionamento dos sistemas de serviços de saúde organizados nestes moldes os quais são os pilares de uma atenção primária de qualidade, são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

O **primeiro contato** implica na noção de porta de entrada, a qual deve ser atribuída aos centros de atenção primária, com os usuários reconhecendo tais centros como primeiro recurso de saúde a ser solicitado a cada novo problema apresentado (TAKEDA, 2004). A **longitudinalidade** diz respeito à existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo que contribua para o estabelecimento de um vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, otimizando a relação de cuidado em saúde (MENDES, 2002).

A **integralidade** é entendida como a capacidade de reconhecer, atender e orientar ações baseadas na diversidade dos problemas de determinada população. Um cuidado integral é

aquele que é capaz de lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os, seja permitindo que o paciente tenha acesso aos serviços que não são do escopo da atenção primária (SILVA, 2009).

O princípio da **coordenação** remete ao papel atribuído à APS dentro do sistema de saúde. Basicamente, consiste no funcionamento de forma integrada com os outros níveis de atenção (secundário e terciário), com a APS organizando o fluxo de pessoas ao longo do sistema de saúde (BARBOSA et al, 2009a).

O **foco na família** implica na abordagem da família como sendo o foco da atenção primária. Exige dos profissionais a compreensão integral e sistêmica dos membros da família e dos problemas de saúde apresentados pelos mesmos sendo possível, assim, considerar o contexto familiar e os riscos à saúde existentes neste para a oferta de cuidado em saúde (STARFIELD, 2002). Por fim, a **orientação comunitária** relaciona-se com a orientação da oferta de serviços de saúde em função das necessidades e demandas de saúde da comunidade, na qual o serviço de saúde se insere. Envolve, necessariamente, o conhecimento dos aspectos sociais das comunidades atendidas, já que tais elementos mantêm relação com a modelagem dos serviços prestados (STARFIELD, 2002).

A organização dos sistemas de serviços de saúde de tal forma que a APS ocupe um papel central e atue conforme a lógica definida pelos princípios ordenadores implica em uma reorientação do sistema de saúde como um todo, deslocando o foco das ações de saúde para uma abordagem mais eficaz das condições crônicas, sem desconsiderar a atenção às situações agudas. Para Mendes (2002, 2006a, 2007), Starfield (1994) e Sampaio (2004), os sistemas de saúde que se organizam tendo como referência a atenção primária apresentam maior eficácia e qualidade e são mais equitativos. Além disso, existe uma associação entre este tipo de organização da saúde com menores custos, melhores níveis de saúde, maior satisfação da

população com o serviço e menor utilização de medicamentos (STARFIELD 2002; BERMAN 2000; BINDMAN et al, 1996; BOERMA e FLEMING, 1998; BUNKER, 2001; CASANOVA e COLOMER, 1996), assim como com melhor saúde da população, mesmo em análises controladas por outros determinantes, como PIB per capita, renda per capita, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool (MACINKO et al; 2003).

No Brasil, apesar de ter sido consolidada enquanto política pública com escopo nacional e eixo estruturador do sistema de saúde apenas em meados de 1994, a evolução da APS remonta à década de 40. Seus primeiros esforços, em meados dos anos 40, materializaram-se por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) o qual articulava ações preventivas e curativas restritas inicialmente ao campo das doenças infecciosas (MENDES, 2002). Após a década de 40 até meados dos anos 70 não ocorreram modificações significativas em termos de ações voltadas para a APS no Brasil. Já no início da década de 70 houve um esforço de ampliação de cobertura da APS com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para a expansão da cobertura dos serviços de saúde, de modo a priorizar a atenção à saúde nas zonas rurais e a regionalização da assistência com base nas premissas de desconcentração dos serviços e descentralização de decisões, marcou um segundo ciclo de expansão da APS no Brasil (MENDES, 2002). Por intermédio do PIASS houve, pela primeira vez, a adoção de uma estratégia pautada na APS que atingisse o Brasil como um todo, e não somente algumas regiões.

Ao final do período militar, a situação do sistema de saúde brasileiro era marcada pela ênfase em ações curativas em detrimento da realização de ações com cunho preventivo e da promoção à saúde, elevado índice de corrupção, materializado pela existência de práticas de superfaturamento e pela multiplicação de procedimento médicos com foco em aumento de ganhos, na incapacidade em exercer controle sobre epidemias, na ausência de recursos e no incremento de custos, fruto do aumento de complexidade das práticas curativas (CORDEIRO,

2004). Estes elementos evidenciavam uma situação de crise, agravada pela ausência de uma política universal de saúde o que contribuía para que uma parcela da população se situasse num espaço de desproteção social.

A abertura política, em 1985, propiciou a instauração do debate acerca de soluções capazes de superar as mazelas que permeavam o sistema de saúde brasileiro. Neste sentido, novos elementos surgiram como fundamentais para viabilizar as alterações necessárias para garantir um sistema de saúde que superasse os obstáculos vigentes, os quais perpassavam a universalização dos serviços e a descentralização de ações (BRASIL, 2007). Estas novas propostas entraram em cena graças aos esforços desenvolvidos pelos membros do movimento sanitário que puderam ascender às posições no governo, os quais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas em saúde.

Todo o contexto político vigente antes da criação do SUS influenciou de modo significativo as ações de atenção primária desenvolvidas no país. A ausência de cobertura universal e as dificuldades que marcavam a atuação da Previdência Social na esfera da saúde conduziram à institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS) (SILVA, 2009). Essas ações responsabilizaram as unidades de saúde por prestar atenção médica à clientela previdenciária, o que acabou por modificar o perfil de serviços que eram ofertados por estas unidades, uma vez que o modelo simplificado de atenção médica do PIASS não era suficiente para atender à amplitude de demandas de saúde da nova clientela (MENDES, 2002). As AIS marcaram, dessa forma, um terceiro ciclo de expansão da rede de APS no Brasil com um aumento de municípios beneficiados de 112 em 1984, para 2.500 em 1987 (MENDES, 2002). As AIS foram substituídas em 1987 pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A definição do SUDS em 1987, foi reflexo do amplo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se discutiram as bases do que viria a se tornar o Sistema Único de

Saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Os esforços realizados possibilitaram a criação do SUDS, o qual compartilhava os pilares de sustentação do atual SUS, a destacar a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O SUDS era uma estratégia-ponte para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (CORDEIRO, 2004).

Em sua concepção original o SUS foi concebido como um sistema hierarquizado, regionalizado e descentralizado. A regionalização implicava na organização dos serviços de saúde em áreas geográficas definidas, com uma população sobre a qual se detém responsabilidade delimitada, sendo pautada, ainda, por uma atuação em busca de equidade na alocação de recursos e na garantia de acesso à população. A regionalização permitiria uma aproximação entre o cuidado a ser ofertado e as necessidades locais de saúde, contribuindo para a modelagem de um sistema de serviços de saúde mais bem adequado às necessidades populacionais.

Com base na hierarquização buscou-se escalonar os diversos níveis de atenção, de modo a organizá-los segundo uma complexidade crescente. Foram definidos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Caberia ao nível primário oferecer serviços de saúde capazes de solucionar um amplo espectro de doenças. Aqueles casos que necessitassem de atenção especializada ficariam a cargo do nível de atenção secundário. Por último, os casos que demandassem atenção mais especializada seriam atendidos em centros de alta complexidade, que respondem, majoritariamente, pelo cuidado de responsabilidade do nível terciário (BRASIL, 2007). Cabe destacar que a concepção deste modelo hierárquico ainda prevalece no Brasil em detrimento de uma lógica de rede (MENDES, 2006b).

A definição do SUS marcou o quarto ciclo de expansão da APS no Brasil com a criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios (MENDES, 2002). Sua implantação, com suas respectivas diretrizes, implicou a descentralização de ações e serviços de saúde, o que elevou o grau de responsabilidade dos municípios no que se refere à saúde. Neste momento, a discussão a respeito da adoção de um sistema de serviços de saúde organizado segundo os preceitos da APS começou a receber destaque, uma vez que, de início, a organização adotada pelo SUS não concebia a necessidade de lidar de forma eficaz, em termos de oferta de cuidado, com uma população marcada por uma dupla carga de doenças.

Um marcador que evidenciou a crescente preocupação em remodelar o sistema de saúde, de maneira a abordar de forma mais efetiva a questão da dupla carga de doenças, foi a criação do Programa Saúde da Família<sup>3</sup> (PSF), em 1994. As dificuldades enfrentadas pelo modelo focado na atenção às condições agudas em lidar com condições crônicas, a necessidade de expandir a oferta de serviços de saúde à população e a importância vinculada a uma oferta de cuidado regionalizada contribuíram de modo determinante para o delineamento da estratégia em questão.

Com base na experiência cearense do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que obteve, dentre outros resultados, destaque pela redução significativa nos índices de mortalidade infantil no estado (MENDES, 2002) foi criado, em corte nacional, o Programa de Saúde da Família (MENDES, 2002; VIANA E DAL POZ, 2005). Mediante a implantação da ESF, ocorreu o quinto ciclo de expansão e consolidação da APS no Brasil, mas agora os esforços não se davam apenas em busca de um aumento na expansão quantitativa, mas também em uma modificação qualitativa na oferta de cuidado (MENDES, 2002).

---

<sup>3</sup> Ao longo de seu desenvolvimento o PSF recebeu uma nova terminologia sem prejuízo de sua lógica. A nova nomenclatura concebia a iniciativa não como um programa, mas como uma Estratégia. Assim o mesmo passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) e tal alteração se deu com o intuito de conferir à iniciativa um caráter perene, o que, por vezes, não está incluído na concepção de um programa (SOUSA & HAMANN, 2009). Daqui em diante ao longo deste trabalho a iniciativa será abordada como ESF e fica a nota para facilitar a compreensão do leitor.

A ESF partiu da premissa de que as ações de saúde precisavam ser modeladas com base nas condições específicas de uma dada localidade. Tais condições, sejam elas socioeconômicas ou culturais, permeavam as ações de saúde e geravam impacto nos desafios a serem enfrentados para garantir saúde à população.

O Ministério da saúde elencou como objetivo do programa:

[...] a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997).

A atuação deste programa guardava algumas diferenças em relação àquela observada nos modelos tradicionais de atenção com foco em condições agudas. Além daquelas supracitadas, cabe destacar a atuação dos profissionais em equipes multidisciplinares, compostas por profissionais de medicina e de enfermagem, de nível superior e técnico, bem como agentes comunitários de saúde. Esta equipe seria responsável pelas ações de saúde, tanto preventivas e de promoção à saúde quanto curativas de uma população adscrita recomendada de 3450 pessoas (BRASIL, 2006).

A definição de uma equipe com atuação multidisciplinar se justificava em função do caráter multideterminado da saúde. Assim, a atuação da equipe de saúde precisava se processar de forma a abarcar as diversas dimensões capazes de influenciar o status de saúde de um dado indivíduo, que se insere em um espaço com características econômicas, sociais, culturais e sanitárias. Assim os profissionais de saúde precisavam ser capazes de compartilhar o olhar que cada campo do saber detém, de modo a propiciar uma oferta de serviços de saúde integral, pois somente esta seria capaz de promover mudanças significativas nas condições de saúde da população.

A responsabilidade por um contingente populacional limitado se deu com o intuito de favorecer o reconhecimento, por parte da equipe, das necessidades locais de saúde, além de permitir que fossem realizadas ações de planejamento, para que as necessidades reconhecidas na comunidade pudessem ser atendidas com uma adequada oferta de serviços (BRASIL, 2006). As equipes de saúde deveriam realizar o cadastramento da população adscrita em formulários específicos, os quais alimentavam um cadastro de dados da comunidade. Estes dados permitiriam o cálculo de indicadores sobre a situação de saúde da população sob responsabilidade da equipe, os quais norteariam a forma de atuação da equipe, bem como auxiliariam na definição pontos que deveriam ser foco de atenção.

SAMPAIO (2004) destaca que as equipes de saúde da família possuem a potencialidade para resolver até 80% da demanda que recebem. Este dado dá uma dimensão da importância que o programa assumia diante de um sistema de saúde permeado por uma crise financeira, uma vez que a resolubilidade deste nível de atenção mantém relação direta com a economia nos níveis mais complexos. Para aqueles casos nos quais a equipe não detivesse os recursos necessários para a resolução, o usuário deveria ser encaminhado para os serviços de referência. A organização dos fluxos de usuários ao longo da rede seria parte das responsabilidades inerentes à ESF e o mapeamento desta rede seria responsabilidade dos gestores municipais e estaduais de saúde (ANDRADE et al; 2004).

A adoção do PSF enquanto política nacional se deu com o intuito de superar uma série de barreiras que se impunham, e se impõem, ao SUS. As alterações no processo de trabalho das equipes foi um reflexo das modificações necessárias para que o sistema de saúde brasileiro fosse capaz de ofertar serviços de saúde de modo a atender apropriadamente uma população marcada por uma dupla carga de doenças.

A ESF, enquanto estratégia de organização da APS, contribui de forma significativa para modificar a forma como a prestação de serviços em saúde era, e é, realizada (BARBOSA et al, 2009a), mas, ainda assim, persistem questões a serem resolvidas para que o SUS possa de fato assegurar um sistema de saúde eficaz e mais bem alinhado à concepção de um sistema com foco na Atenção Primária. Não obstante os esforços consolidados para subsidiar a sustentação dos pilares fulcrais do SUS e da ESF, ainda restavam, e restam, inúmeros desafios para que se possa de fato assegurar a oferta de serviços de saúde em caráter equânime e com qualidade a toda a população.

A necessidade de abordar estes obstáculos se dá em função da importância de planejar estratégias capazes de superá-los, de modo a garantir acesso e qualidade na oferta de serviços de saúde. Alguns destes obstáculos apresentam-se como mais significativos e exigem ações corretivas em caráter de urgência para que o futuro da ESF seja fortalecido. Dentre estes, pode-se destacar o modelo de atenção adotado no país. O Brasil é marcado por uma dupla carga de doenças, com predomínio de doenças crônicas (MENDES, 2002). Apesar da adoção da ESF e da predominância das doenças crônicas no quadro sanitário do país, o modelo de sistema de saúde vigente ainda é voltado para a atenção a condições agudas (MENDES, 2002). Sabidamente, o modelo direcionado para intervenção nas condições agudas não é capaz de sustentar resultados sanitários satisfatórios quando tem de lidar com condições crônicas (OMS, 2003).

Parte das dificuldades vinculadas ao modelo de atenção se deve à incompreensão a respeito da ESF como um todo. Há a percepção equivocada de que a APS é uma prática de cuidado simples e de baixa complexidade que pode ser ofertada em condições mínimas. Tal fato não se sustenta quando comparado à resolubilidade de questões de saúde com as quais uma equipe de saúde da família está apta a lidar, sendo capaz de resolver até 80% da demanda que recebe. Pesa ainda, o lapso no entendimento da ESF como uma estratégia norteadora do sistema de

saúde como um todo, bem como organizadora dos fluxos de usuários ao longo das instâncias do sistema de saúde, e não apenas como um serviço de saúde marcado por atenção pontual.

A temática do financiamento também emerge como questão relevante quando se trata da consolidação da ESF. O subfinanciamento do setor público de saúde é bem conhecido pelos diferentes atores sociais envolvidos no processo de construção do SUS como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e de atendimento integral. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas também porque é inexorável a tendência de crescimento das necessidades de recursos, devido à combinação de elementos como aspectos demográficos (contingente populacional e envelhecimento da população) e velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose (BRASIL, 2007). O subfinanciamento carrega consigo graves consequências para o SUS como um todo:

Primeiro, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade (...), o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão”. Outra, por significar “intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica(...) “a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas (BRASIL, 2007a).

O subfinanciamento gera impacto direto na remuneração dos profissionais de saúde, uma vez que a alocação de verbas para a realização de pagamentos de profissionais provém das fontes de financiamento insuficientes. Os efeitos deletérios para a saúde, enquanto setor que utiliza mão de obra intensiva, são graves, uma vez que a oferta de cuidado fica impossibilitada caso não exista profissional habilitado capaz de fornecê-la. Patamares remuneratórios abaixo do mercado, atrasos, dificuldade na alocação de verbas e déficit de equipamentos são alguns exemplos das dificuldades geradas pela insuficiência de recursos.

Ao abordar a questão de Recursos Humanos (RH) observa-se mais um grande desafio à ESF no Brasil. Até meados de 1980, a dimensão de recursos humanos era apenas encarada como um dos insumos necessários para o funcionamento da área da saúde. Essa perspectiva somente veio a sofrer alterações quando a discussão sobre o novo paradigma de trabalho das sociedades industriais assumiu destaque em meados dos anos 90 no Brasil (BRASIL, 2007b).

O novo entendimento sobre o trabalho humano traz novos elementos para o debate acerca do perfil profissional dos indivíduos. Agora, passam a ser exigidas, por parte do trabalhador, novas competências, que trazem consigo a necessidade de repensar as formas de gestão no âmbito das organizações. Novos métodos de recrutamento, desenvolvimento, avaliação e compensação precisavam ser pensados para assegurar a manutenção deste novo perfil de profissional. Isso contribuiu sobremaneira para que a GRH assumisse papel de destaque nas organizações, em especial naquelas em que se necessitava de mão de obra em caráter intensivo. Apesar disso, no setor de serviços, no qual se enquadra a saúde, as modificações econômicas ocorridas ao final da década de 80 contribuíram para o agravamento do quadro concernente ao trabalho, com o aumento de flexibilidade e de precariedade de vínculos (NOGUEIRA, 2004).

A saúde, especificamente, não acompanhou as modificações observadas junto às organizações industriais, no que tange à importância da incorporação de novas práticas de GRH. Diante de uma situação marcada pela heterogeneidade e precariedade de vínculos de trabalho, pela necessidade de reformulação do processo de formação e capacitação, e pela existência de um cenário de reorganização do modelo de saúde, a GRH surge como elemento essencial capaz de fornecer diretrizes para a superação de uma parcela importante dos desafios inerentes à implementação do SUS.

Várias foram as iniciativas que buscaram coordenar os esforços para a superação dos desafios

mencionados. A principal ação voltada para a questão do financiamento em saúde foi a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), em 1998, que possibilitou a transferência de recursos calculados em base per capita diretamente aos municípios, acrescentando valores de incentivos financeiros vinculados ao número de agentes comunitários de saúde ou de equipes de saúde da família existentes em cada cidade (BODSTEIN, 2009). Apesar dos avanços catalisados pelo PAB, resta ainda muito a ser feito para que, de fato, a dimensão financeira deixe de se configurar como entrave ao desenvolvimento da APS no Brasil.

Em relação aos outros dois pontos, a destacar: o modelo de atenção à saúde brasileira e a dimensão de recursos humanos, a principal iniciativa conduzida de caráter propositivo materializou-se pela via do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). O PROESF foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Mundial, voltada para a organização e o fortalecimento de APS no Brasil. Destinou-se a fortalecer a APS em municípios com mais de 100 mil habitantes, por meio da elevação da qualificação no cumprimento de processo de trabalho e de desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população (BRASIL, 2003). Envolveu o investimento de US\$ 550 milhões, no período entre 2002 e 2009, buscando assegurar o fortalecimento da APS e possuiu, basicamente, três eixos norteadores, vinculados às barreiras para se assegurar uma APS responsiva à população. Os eixos de ações foram: **conversão e expansão municipal da Saúde da Família, desenvolvimento de recursos humanos da saúde da família e monitoramento e avaliação.**

Por meio da **conversão e expansão municipal** buscou-se estimular a adoção do modelo de atenção básica nos centros urbanos com mais de 100 habitantes<sup>4</sup> por meio de ações de

---

<sup>4</sup> A adesão à ESF se processou de modo autárquico e neste sentido os municípios detêm certa liberdade em optar ou não por este modelo de atenção à saúde. O PROESF engendrou esforços para que o maior número possível de municípios, com mais de 100 habitantes, optassem pela ESF em detrimento do modelo dito convencional, uma

modernização institucional, preparação de sistemas de referência e contrarreferência, adequação da rede de serviços, desenvolvimento dos sistemas de avaliação e informação, e ações de desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2003).

As ações de **desenvolvimento de recursos humanos** da Saúde da Família se deram com o intuito de resolver os principais problemas relacionados a Recursos Humanos em Saúde, destacando-se a insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades da Saúde da Família e também a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios (BRASIL, 2003). Para tanto, foram aplicados esforços com o objetivo de adequar o perfil dos profissionais existentes, bem como adotar iniciativas para valorização dos trabalhadores.

No que tange às ações de **monitoramento e avaliação**, promoveu-se a utilização de instrumentos de avaliação como ferramentas de gestão nos três níveis de organização do SUS (federal, estadual e municipal). As atividades vinculadas a este eixo buscavam apoiar a implementação de metodologias e de instrumentos de monitoramento e avaliação de processos e de desempenho. No âmbito da avaliação, destacam-se três iniciativas que apontam para avanços na avaliação no escopo do SUS: i) **o Pacto de Indicadores da Atenção Básica**; ii) **o Sistema de Informação da Atenção Básica**, ressalvada a perspectiva de seu aperfeiçoamento e de ajustes necessários; e, iii) **o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no País em 2001/2002** (BRASIL, 2003). Não obstante, ainda podem ser notadas dificuldades no processo de avaliação e monitoramento da ESF relacionadas, principalmente, à sistematização e integração de processos de avaliação, à institucionalização da avaliação e ao dimensionamento do impacto das ações.

---

vez que estes municípios apresentavam até 2006 uma baixa proporção de cobertura populacional via ESF (BODSTEIN, 2009).

Bodstein (2009) destaca que dentre as questões prioritárias que vêm desafiando a ESF as iniciativas de avaliação constituem um filão rico e importante. As estratégias de avaliação vêm sendo consideradas pelo Ministério da Saúde, desde 2003, como centrais para o processo de qualificação da APS no Brasil (FELISBERTO, 2006). Tal fato se deve à importância conferida às evidências e aos achados de pesquisas em termos de potencial de reorientação do processo decisório inerente à gestão em saúde (BODSTEIN, 2009).

A avaliação em saúde é um tema que tem recebido espaço na arena de debate internacional graças à sua capacidade de subsidiar políticas mais eficientes, efetivas e promotoras de equidade. Além disso, pesa sua capacidade de sustentar um processo decisório baseado em evidências comprovadas (Evidence Base Decision Making - EBDM), o que pressupõe readaptar conhecimentos em função do saber fornecido pela avaliação (FELISBERTO, 2006).

A iniciativa do PROESF marcou um novo ciclo na APS brasileira, caracterizado pela busca de expansão do acesso e da cobertura e que levantou a discussão a respeito de novos entraves que se erigiam para a consolidação do SUS e da APS. Um deles era, notadamente, a avaliação de sistemas e serviços de saúde como resposta aos investimentos maciços realizados pelos governos federal, estadual e municipal, que, dentre outros, incluíram a seleção, contratação e capacitação de pessoal, investimento em infraestrutura e outras iniciativas pontuais.

Nos debates acerca da avaliação em saúde, as dimensões de eficiência, eficácia e/ou efetividade das políticas públicas, incluindo aspectos da dimensão de recursos humanos, foram colocados como marcos essenciais para a obtenção dos resultados existentes, trazendo, ainda, a possibilidade de reorientações das ações implantadas, além de se apresentarem como indicadores de qualidade dos serviços ofertados.

Assim, faz-se necessário entender como se estrutura o processo de avaliação de serviços de saúde, seu marco conceitual e aplicabilidade prática, bem como suas limitações.



### **3 SITUANDO O DEBATE SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

Dentre os desafios que permeavam a gestão de serviços de saúde em meados dos anos 80 destacam-se: a necessidade de transparência quanto ao gasto público, a quantidade limitada de recursos financeiros, o aumento crescente de despesas com a atenção médica e as mudanças do perfil epidemiológico e demográfico, os quais impingiram aos gestores públicos a busca por alternativas capazes de superar estes pontos (VIACAVA, 2004). A proposição de soluções que permitissem o aumento da equidade no acesso a serviços de saúde e a melhora na eficiência de execução de ações tornou-se peremptória e motivou a realização de reformas em diversos países, inclusive o Brasil, notadamente a partir da década de 80.

Apesar de as reformas desencadeadas terem sido motivadas por diferentes questões, havia uma agenda homogênea entre os diferentes países. No caso brasileiro, tais reformas buscavam: a contenção de custos com a assistência médica, a reestruturação do mix público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades, o aumento da coparticipação dos usuários nos serviços que utilizavam e, em destaque, a redução do desequilíbrio fiscal na gestão de serviços de saúde (VIACAVA, 2004). As mudanças que se processaram buscavam redirecionar o foco de atenção para aquilo que era valorizado pelos consumidores dos serviços de saúde em termos de resultados, o que destacou a importância de procedimentos avaliativos (ALMEIDA, 1999); (MACINKO e ALMEIDA, 2006).

Naylor (2002) destaca que o debate sobre avaliação em saúde ao longo dos últimos trinta anos se debruçou, principalmente, sobre a análise de custo efetividade. Esse autor enfatiza a necessidade de se considerar os sistemas de saúde de forma mais ampla, já que os mesmos são afetados por fatores econômicos, educacionais e pelas desigualdades sociais. Impera a necessidade de considerar os múltiplos atores envolvidos no processo de oferta de cuidado em saúde, com suas diferentes perspectivas. Além disso, a importância de reconhecer os atuais

limites existentes, no que se refere à proposição de ações para a promoção de melhoras, tem contribuído para que outros elementos relativos à avaliação ganhem força como, por exemplo, avaliações de eficiência e de resultado em termos de saúde populacional.

Dentre as iniciativas que procuraram modificar o quadro vigente em relação aos estudos avaliativos em saúde, o PROESF pode ser considerado um primeiro passo na procura por uma compreensão mais ampla do sistema de serviços de saúde brasileiro e uma iniciativa com foco na melhora da qualidade da APS no Brasil. Iniciativas como a do PROESF, que enfatizavam o monitoramento e a avaliação da APS brasileira, foram contribuições fundamentais para se inculcir no serviço público uma orientação voltada para resultados e para uma gestão por evidências.

Considerando as ações realizadas neste âmbito, pode-se destacar o intenso debate acerca da necessidade de se institucionalizar práticas avaliativas no contexto da saúde, uma vez que somente por meio de ações de avaliação é que seria possível delinear práticas capazes de superar os desafios inerentes à APS brasileira. Além disso, o debate sobre a necessidade de se considerar com mais cuidado a dimensão de RH, tanto em sua perspectiva prática, quanto em termos de avaliação foram pontos importantes abordados pelo PROESF. O controle pautado por pactos, e não somente por relações de hierarquia, que teve no pacto de indicadores da atenção básica um exemplo concreto, e o caráter descentralizado das ações da ESF também podem ser considerados marcos importantes no debate na busca por uma gestão baseada em evidências.

A despeito da importância de todos os esforços desenvolvidos no Brasil para a superação dos obstáculos presentes para que se possa garantir um APS de qualidade, resta abordar inúmeros pontos nodais. Apesar da importância do caráter de reorientação presente na APS, no que tange à centralização das ações de cuidado nas famílias e na comunidade, faltam ainda

pesquisas e metodologias capazes de medir o grau em que estas e outras mudanças inerentes ao modelo, estão de fato se processando (MACINKO e ALMEIDA, 2006). Estudos avaliativos que dimensionem o impacto da APS na saúde da população ainda são escassos, apesar de sua relevância (MACINKO e ALMEIDA, 2006). Pesa também a iminência de considerar a realidade brasileira que, historicamente, conta com limitações em termos de repasse de recursos para a saúde. Este dado, somado à necessidade de aumentar a oferta de serviços de saúde sem poder contar com o aumento de repasse de verbas, implica a adoção de ações que melhorem a eficiência da ESF, tanto no gasto financeiro, quanto na execução de ações. Assim estudos que abordem a eficiência na ESF ainda são raros, e é nesta lacuna este trabalho se insere.

Parte da ênfase do PROESF em buscar a consolidação de processos avaliativos em saúde se deu em função da carência de métodos sistematizados capazes de subsidiar ações de interesse público, no que se refere à medição do alcance das diversas ações de reestruturação propiciadas pela adoção da APS, enquanto eixo estruturador do sistema de saúde.

Especificamente quando a temática de avaliação em saúde se volta para a APS, outros pontos surgem como empecilhos a serem transpostos para que se possa estabelecer um fluxo contínuo de produção de informações. Em documento produzido em 2005, o Ministério da Saúde destaca como entraves à consolidação da avaliação no âmbito da APS os seguintes pontos:

- Distância entre a concepção ideal da APS e o que é exercido pelos serviços de saúde;
- Carência em termos de pessoal qualificado para a condução de ações de cunho avaliativo e;
- Necessidade de que a avaliação possibilite a percepção de mudanças na perspectiva de reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 2005a)

Ainda, destacam-se os seguintes pontos:

- Ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientem processos de avaliação;
- A fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de

- avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada e Avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (FELISBERTO, 2006).

Cabe destacar que o elemento humano perpassa diversos dos pontos destacados como entraves a serem superados pela APS. A distância entre o modelo de oferta de serviços ideal e aquele que de fato opera no cotidiano pode ser vinculada ao déficit, em termos de formação, dos profissionais de saúde, bem como em relação a um déficit na eficiência do cumprimento de ações de oferta de cuidado. A carência de pessoal qualificado capaz de conduzir ações avaliativas se situa no mesmo escopo. De maneira geral, aspectos vinculados à GRH podem ser considerados como as principais barreiras para que a ESF possa se consolidar e auferir melhores resultados em termos, tanto de oferta de serviços, quanto de ações avaliativas (Lerberghe, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças ou invalidez”. Tal definição é questionada por diversos autores, uma vez que a saúde é permeada por determinações de ordem diversa, como aspectos biológicos, econômicos, culturais, sociais e psicológicos, os quais nem sempre são abarcados pela definição adotada pela OMS (BREILH, 1991; BREILH e GRANDA, 1986).

Consoante com a concepção de saúde influenciada por múltiplos aspectos, soma-se uma divergência no que se refere ao entendimento da saúde enquanto atrelada apenas aos aspectos relacionados ao cuidado médico, ou a fatores que extrapolam este cuidado. McKinlay et al.(1989) e Deslandes (1997) evidenciam que a saúde não é apenas reflexo de ações médico-sanitárias, mantendo relação com outros aspectos, como renda, índices de saneamento básico e estilo de vida. Dessa forma, o entendimento que se possui a respeito dos determinantes do processo saúde-doença gera impacto nas posições que podem ser assumidas em relação à avaliação em saúde. Diferentes entendimentos quanto aos atributos da saúde conduziram a

diferentes concepções de qualidade e, por consequência, a diferentes métodos avaliativos (DONABEDIAN, 1987). Assim, uma delimitação clara do entendimento referente ao escopo de ações capazes de influenciar o status de saúde dos indivíduos é algo que precede qualquer iniciativa de avaliação e que mantém uma relação clara com os limites a serem definidos para estes esforços. Neste sentido, a concepção adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro em relação aos esforços avaliativos assente:

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham coresponsabilidades. O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos. A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde (BRASIL, 2005a)

Conforme destacado os procedimentos avaliativos não são reflexos apenas de atividades técnicas, mas são marcados por uma dimensão política. Neste sentido, a importância de se envolver os diversos atores sociais nos processos avaliativos pode contribuir para que os resultados obtidos possam obter maior penetração nas esferas decisórias, subsidiando modificações na forma como se organiza a oferta de cuidado em saúde. TANAKA e MELO (2001) destacam que a avaliação é parte integrante e necessária do processo de planejamento e de tomada decisão, devendo atuar como uma ferramenta capaz de direcionar e redirecionar, quando necessário, a execução de ações, atividades, programas.

Embora ainda persistam dificuldades quanto ao processo avaliativo a execução de ações orientadas para este fim é desejável e promissora, podendo se constituir em um poderoso instrumento de monitoramento de políticas de reforma (VIACAVA, 2004). A questão fundamental a ser abordada agora é: Como medir o desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de

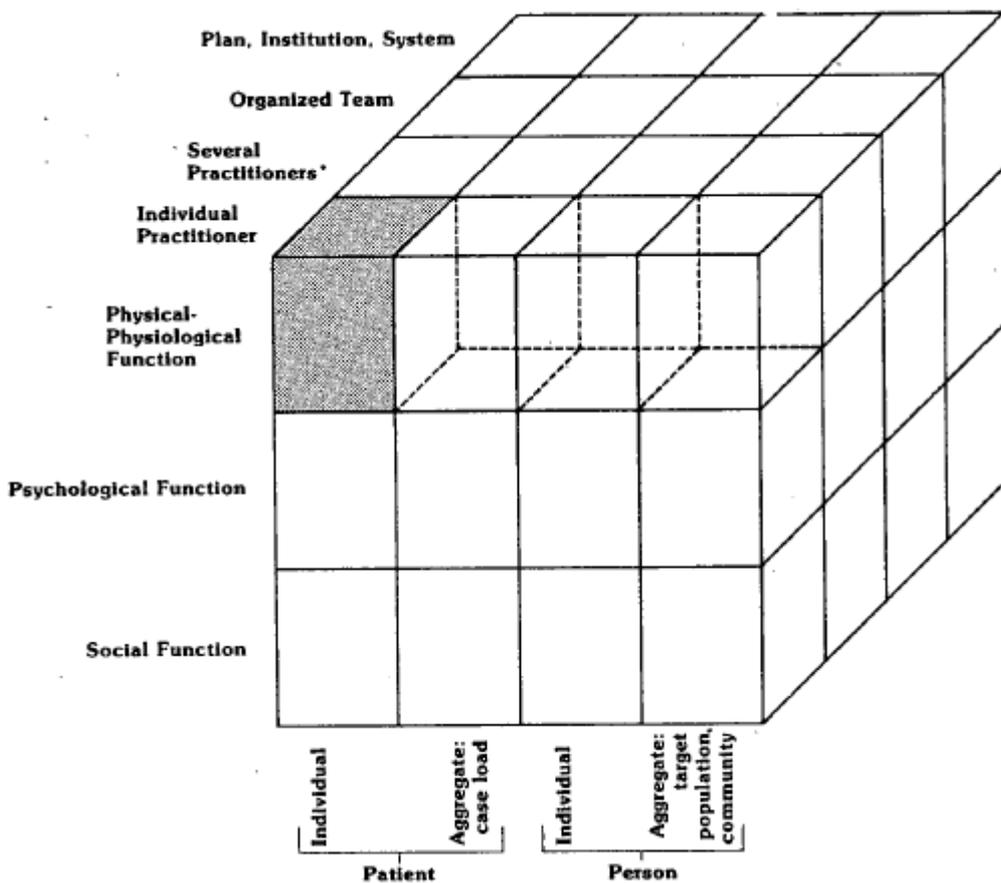
impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados? (HURST, 2002). Estes pontos assumem uma posição de destaque não somente no debate do sistema de saúde como um todo, mas também junto à ESF. No contexto brasileiro, a mesma assume uma função de eixo norteador do sistema de saúde como um todo e seu adequado funcionamento é fundamental para se conceber um sistema de saúde eficaz e equitativo.

Tomando-se por referência o delineamento de sistemas avaliativos voltados para as práticas de oferta de cuidado, é forçoso abordar a temática da qualidade. O conceito de qualidade em saúde é multifacetado e marcado por múltiplos entendimentos. O trabalho desenvolvido por Avedis Donabedian contribuiu de maneira expressiva para alcançar uma melhor abordagem deste elemento tão fundamental para o delineamento de iniciativas de avaliação em saúde.

Donabedian (1987) apresenta uma figura que auxilia na compreensão dos múltiplos fatores que contribuem para o entendimento da complexidade inerente ao conceito de qualidade. Considerando as três dimensões envolvidas, diferentes percepções acerca do que seja qualidade são possíveis. Analisando-se a face superior do cubo, diferentes desfechos em termos de qualidade podem ser considerados. O que pode ser um bom resultado para a oferta de cuidado propiciada por um único médico em relação ao seu paciente pode não o ser quando se pensa em termos de um sistema de saúde como um todo, que conta com recursos limitados e que precisa atender, no caso do Brasil, a todos. Por vezes uma orientação adotada para o cuidado de um único paciente pode comprometer a oferta de cuidado para muitos outros pacientes, o que situa o debate sobre qualidade ao longo de dois extremos de um espectro.

Tomando-se por referência a face do cubo que escalona as funções psicológicas, fisiológicas e sociais, pode-se pensar nas limitações que as ações de cuidado médico têm em permitir resultados satisfatórios em todas estas dimensões. O cuidado médico volta-se,

majoritariamente, para ações com impacto na dimensão fisiológica. Obviamente, as intervenções clínicas podem favorecer a melhora de funcionamento dos indivíduos nas dimensões psicológica e social, mas em relação a estas duas últimas, as possibilidades de resultados significativos diminuem, uma vez que há outros fatores que extrapolam o cuidado médico que interferem nas mesmas.



**Figura 2 - Nível e escopo dos elementos envolvidos na definição do conceito de qualidade**

Fonte: DONABEDIAN, 1987, página 17.

Como último ponto, cabe destacar as diferenças em relação à definição de qualidade que incorporam aspectos individuais ou populacionais. Quando se adota por referência o nível individual, as ações de cuidado médico podem ser maximizadas de forma a obter os melhores resultados para os sujeitos, independentemente de outros fatores como, por exemplo, custos. Esta orientação não se sustenta quando se pensa na oferta de serviços de saúde para uma

população, já que o montante de recurso disponível para subsidiar as ações de cuidado médico é limitado. Ao se percorrer o espectro indivíduo-população, as concepções acerca do que pode ser enquadrado como boa qualidade assumem posições, em certa medida, antagônicas.

O exemplo ilustrado pela figura 2 colabora na compreensão do conceito de qualidade, uma vez que exemplifica as diferentes nuances envolvidas na sua abordagem. Não se pode ponderar sobre um processo avaliativo em saúde sem considerar uma parametrização clara dos padrões desejáveis de qualidade, os quais possuem repercussões em termos de desempenho. As asserções definidas por Donabedian ajudam a esclarecer que o primeiro passo, para que se possa pensar em um processo avaliativo em saúde é situar o foco desejado para a avaliação, já que diferentes olhares implicam na adoção de diferentes padrões de qualidade e na definição de diferentes padrões de desempenho.

Além deste elemento inicial, as atividades de avaliação de qualidade podem ser categorizadas de duas formas: avaliação de tecnologia; e avaliação de desempenho. Aquela se destina a determinar os melhores procedimentos e ações para determinado quadro, ao passo que esta se destina a avaliar se os procedimentos e ações definidos como corretos estão sendo de fato desempenhados (DONABEDIAN, 1992). As avaliações de desempenho podem assumir diversas roupagens, dependendo dos diferentes focos de interesse. Quando se observa a oferta de serviços de saúde com o olhar da gestão, elementos como eficiência no cumprimento de ações e impacto destas ações emergem como elementos cruciais a serem considerados e este é o caso deste trabalho, que busca avaliar o cumprimento de ações de oferta de cuidado pela ESF, pela ótica da eficiência.

Quando se avalia a qualidade do desempenho em saúde, procura-se dimensionar evidências, diretas ou indiretas, de que as melhores estratégias de cuidado foram selecionadas e que tais estratégias foram implementadas da melhor maneira possível (DONABEDIAN, 1992). Para

que se possa avaliar em que medida isso ocorre, há três tipos de evidências capazes de gerar informações: evidências sobre estrutura, sobre processo e sobre resultado. Essas dimensões não são atributos da qualidade, mas fontes de informações, a partir das quais se podem fazer inferências sobre a qualidade do cuidado.

Sob a égide de estrutura, estão as características estáveis dos provedores de cuidado. Dentre elas apontam-se: instrumentos, equipamentos, recursos, bem como características físicas e organizacionais (SILVA e FORMIGLI, 1994). O conceito de estrutura engloba os recursos humanos, físicos e financeiros necessários ao fornecimento de cuidado médico. O termo abarca o número, a distribuição e qualificação dos profissionais envolvidos na oferta do cuidado, bem como a quantidade de equipamentos utilizados na prestação de atenção médica. O relacionamento entre estrutura e qualidade do cuidado é de extrema importância no que tange ao planejamento e à implementação de serviços de oferta de cuidado, uma vez a probabilidade de bom desempenho pode ser maximizada ou minimizada graças a este relacionamento. Apesar disso, a importância do conceito de estrutura enquanto indicador de qualidade em saúde é limitada, uma vez que há poucos conhecimentos sobre a forma de relacionamento entre o mesmo e o desempenho dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980).

O conceito de processo abarca o que é feito em termos de ações de oferta de cuidado entre os profissionais de saúde e os pacientes (DONABEDIAN, 1992). A avaliação sobre processo é, usualmente, a contraparte da avaliação de resultados. Frequentemente, a avaliação dos processos é o primeiro passo para que se possa medir a qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980). Uma vez que, o relacionamento entre os elementos atrelados ao processo e aos resultados tenham sido vinculados, a simples presença de um grupo de práticas referentes a estes processos de cuidado é sinal de boa ou má qualidade (DONABEDIAN, 1980). Apesar da importância deste relacionamento, há relativamente poucos estudos que

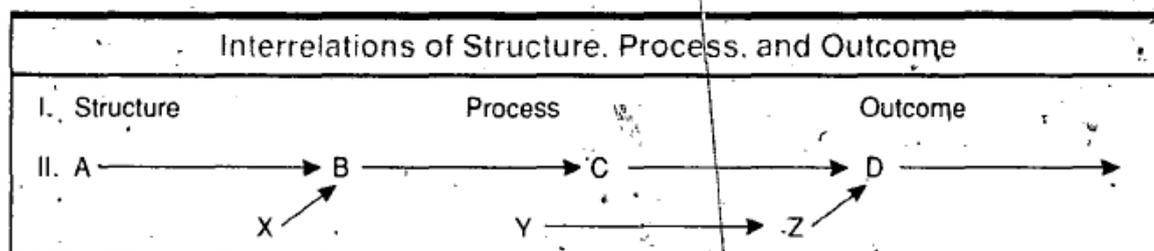
lidem com esta temática.

O último conceito da abordagem proposta por Donabedian se refere à dimensão de resultados. Os resultados em saúde são evidenciados em termos de modificações no estado de saúde dos pacientes atribuíveis às ações de cuidado médico pregresso (DONABEDIAN, 1980). Os indicadores de resultados em saúde serão tão amplos quanto a definição de saúde utilizada, podendo ser incluídos aspectos fisiológicos, físicos, psicológicos, sociais e avaliativos (DONABEDIAN, 1992).

Ao realizar estudos avaliativos sob o escopo da APS, por exemplo, Starfield (1992) enfatiza que a abordagem de elementos estruturais e processuais pode superar alguns dos obstáculos inerentes às práticas de avaliação neste nível de atenção. Destaca, ainda, que seria desejável a inserção de pelo menos duas características para se avaliar os atributos únicos da APS, pelos menos uma que se vincule à dimensão de estrutura e outra que vincule à dimensão de processos.

O esquema apresentado na figura 3 tipifica o relacionamento entre estrutura, processo e resultados. Segundo Donabedian (1992) as características estruturais tendem a influenciar os processos de cuidado realizados de modo a diminuir ou aumentar a qualidade observada junto aos mesmos. Similarmente, modificações nos processos de cuidado irão influenciar os efeitos do cuidado no estado de saúde dos pacientes. Paralelamente a estes tópicos, há outros fatores que interferem no relacionamento dos três elementos podendo modular a relação entre os mesmos. A influência destes outros fatores levanta o debate sobre a questão da vinculação causal entre os diferentes elementos do esquema. Para que a abordagem apresentada por Donabedian seja útil do ponto de vista de avaliação de qualidade em serviços de saúde é fundamental a existência de vínculo causal entre os três elementos abordados (SILVA e FORMIGLI, 1994). O modelo apresentado é uma simplificação da realidade e por conta disso

a relação entre os elementos de estrutura, processo e resultado é de probabilidade e não de certeza (DONABEDIAN, 1992).



**Figura 3 – Relacionamento entre estrutura, processo e resultado.**

Fonte: DONABEDIAN, 1992, página, 358.

Investigações que lancem luz sobre a forma como o relacionamento entre os diferentes elementos se articulam são escassas, apesar de sua relevância em termos de avaliação de serviços de saúde (MACINKO e ALMEIDA, 2006), (DONABEDIAN, 1980). Mesmo após 26 anos da concepção do modelo, a questão sobre a importância dos relacionamentos entre os elementos do modelo ainda permanece relevante. Há uma escassez de estudos que abordem os relacionamentos entre as dimensões de estrutura, processo e resultado. A dimensão de estrutura, composta majoritariamente por variáveis financeiras, de recursos humanos e de infraestrutura física, bem como a dimensão de processo, a qual reflete a prática cotidiana de oferta de cuidado, são *proxies* importantes para a compreensão mais aprofundada dos impactos das ações de oferta de cuidado nos resultados em saúde.

Nem sempre o relacionamento entre a tríade se processa da forma como foi concebida por Donabedian. SILVA e FORMIGLI (1994) destacam que nem sempre a relação funcional entre os três elementos se processa de maneira fluída, uma vez que a estrutura necessariamente não influi no processo e o processo nem sempre guarda relação com determinados resultados, já que há múltiplos elementos que podem afetar o vínculo dos elementos em questão. Além disso, destacam a baixa especificidade dos termos enquanto

norteadores de processos avaliativos. Os elementos vinculados ao conceito de estrutura em um município ou distrito precisam ser delimitados, uma vez que são diferentes daqueles observados em uma unidade de saúde. O mesmo vale para a questão dos processos e dos resultados. Diferentes níveis de avaliação, com diferentes focos irão definir de modo diverso o que se encaixa em cada uma das dimensões do modelo proposto.

Os pontos destacados por Silva e Formigli (1994) não invalidam a abordagem proposta por Donabedian; apenas suscitam cuidados a serem tomados na concepção de práticas avaliativas baseadas na abordagem. O modelo proposto por ele é o mais difundido e aceito, graças à sua capacidade de produzir informações relevantes e de abarcar o que outros modelos propõem. As avaliações normativas calcadas neste modelo procuram realizar um julgamento de valor sobre uma ou várias intervenções, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), bem como os resultados obtidos com critérios e normas previamente definidos” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Neste sentido, a avaliação de eficiência pode se configurar como uma ferramenta útil para materializar esta concepção teórica, uma vez que permite a realização de comparações entre os elementos produzidos e os recursos utilizados.

Além da escolha mais adequada relacionada aos tópicos do modelo de avaliação a ser adotado, outro ponto que merece destaque é aquele que se refere a quem se destina a avaliação, uma vez que diferentes atores sociais, com seus diversos interesses em relação à saúde, podem possuir diferentes percepções sobre o que é relevante em termos de avaliação. Akerman e Nadanovsky (1992) destacam que indivíduos alocados como planejadores podem estar interessados em aspectos relacionados à equidade na distribuição dos serviços, que administradores procuram formas eficientes de provisão de cuidado e gestão dos serviços; que usuários podem estar interessados na dimensão de acesso ao cuidado e tratamento, que médicos podem estar interessados nos resultados de suas condutas, e assim por diante, para

cada um dos diversos atores envolvidos.

Cada um desses interesses é dotado de legitimidade e está associado a um olhar sobre a oferta de serviços de saúde (AKERMAN e NADANOVSKY, 1992). Uma possível solução para conjugar estas diferentes perspectivas se materializaria em um processo de avaliação holístico que aglutinasse os diferentes interesses de modo a produzir uma visão global do fenômeno (AKERMAN e NADANOVSKY, 1992). Não obstante os benefícios deste processo holístico de avaliação pesam diversas dificuldades em relação à realização de estudos que englobem múltiplos interesses, uma vez que estes necessitam de informações localizadas em diferentes fontes nem sempre compatíveis.

MACINKO e ALMEIDA (2006) apontam que várias iniciativas de pesquisas avaliativas sobre a APS vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Ao realizarem um trabalho de revisão de literatura sobre a produção teórica voltada para este assunto, destacam que a maioria dos trabalhos aporta mais elementos sobre o diagnóstico da situação do que sobre os resultados de avaliações em profundidade dos serviços ou programas da ESF, e em quantidade reduzida são encontrados alguns trabalhos que realizam análises de desempenho e não foram reportados trabalhos que abordem a questão do desempenho pela via da eficiência.

Felisberto (2006) chama a atenção para a situação dos esforços avaliativos junto à ESF no Brasil. Destaca que a avaliação em saúde no Brasil ainda apresenta processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Além disso, a mesma não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial. (BRASIL, 2005b).

Buscando sobrepujar os desafios que se colocam entre a ESF vigente e aquela considerada

ideal, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, vem, desde 2003, desenvolvendo diversas ações com vistas ao fortalecimento de uma política de avaliação para a atenção básica, calcada em algumas diretrizes, dentre as quais se destacam:

- 1) Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico;
- 2) Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscaram não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde;
- 3) Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos;
- 4) Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (BRASIL, 2005a).

A aplicação de modelos de avaliação da APS possui um caráter especial, já que o objeto em avaliação é dinâmico e vinculado diretamente às três esferas de governo do país. Neste sentido, o Ministério da Saúde destaca no relatório “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”, publicado em 2005, que o norte da atividade avaliativa na APS deve permitir dimensionar se a APS cumpre, e em quanto cumpre, sua função, permitindo ainda a análise de quais fatores estão obstaculizando o seu cumprimento e que medidas são necessárias para a superação das dificuldades observadas.

A análise de elementos que estão impedindo a efetivação da APS surge como primeiro passo para a promoção de melhorias substanciais com resultados tangíveis. Neste sentido, a análise de eficiência permite identificar potenciais pontos que podem ser alvo de melhoramentos de forma a consolidar os princípios da APS. A importância de adotar práticas de gestão baseadas em evidências somente é possível a partir de um direcionamento para pontos nodais, nos quais intervenções possam propiciar melhoras. Este aspecto se alinha ao que a análise de eficiência no cumprimento de ações pode fornecer em termos de resultado.

O supracitado relatório do MS destaca, ainda, que a avaliação da APS, necessariamente, tem

de se alinhar com os princípios do SUS e que os seguintes objetivos devem ser adotados como orientadores de uma proposta de avaliação da APS:

- Avaliar o cumprimento da programação da atenção básica;
- Avaliar a resolubilidade dos serviços básicos de atenção;
- Analisar a capacidade do sistema de saúde em prover a infraestrutura, recursos humanos e equipamentos necessários ao nível básico de atenção;
- Analisar a acessibilidade aos serviços de atenção básica;
- Avaliar a ocorrência de mudanças na composição dos serviços ofertados;
- Analisar a coerência entre as práticas de saúde implementadas na atenção básica e os seus princípios (humanização, interdisciplinaridade, e estabelecimento de vínculo);
- Avaliar a participação social na gestão do sistema de saúde;
- Analisar a coerência entre as práticas da atenção básica e os princípios do SUS (principalmente quanto à integralidade e equidade). (BRASIL, 2005a)

Neste sentido, cabe destacar a importância de promover a alocação adequada tem termos de recursos humanos e de ser avaliar como se processa a oferta de serviços de saúde no escopo da ESF. Estes dois elementos surgem como pontos de destaque na agenda de prioridades no campo avaliativo em saúde, segundo o relatório.

Seguindo as diretrizes citadas acima, o Ministério da Saúde tem promovido uma série de esforços com o intuito de gerar informações capazes de subsidiar melhoras na APS, em especial na Estratégia Saúde da Família. Com o estabelecimento, no âmbito do PROESF, de um eixo estruturador voltado para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na APS houve um salto, tanto quantitativo, quanto qualitativo, nos trabalhos avaliativos realizados. ALMEIDA e GIOVANELLA destacam, em estudo publicado em 2008, que os esforços avaliativos financiados pelo Ministério da Saúde a partir da implantação do PROESF apresentam um avanço ao incorporar outros elementos que faziam parte das debilidades encontradas nos estudos realizados anteriormente, como: avaliações de impacto, compartilhamento de metodologias e resultados, envolvimento de múltiplos atores sociais e inclusão dos pontos de vista dos usuários e dos profissionais.

Parte deste esforço pode ser percebido, também, pela realização do monitoramento das

equipes de saúde da família brasileiras em 2001/2002, em caráter censitário, e de sua reedição em 2008, em caráter amostral. Compreende-se por monitoramento o processo avaliativo, que envolve a coleta, o processamento e a análise sistemática e periódica de informações e de indicadores de saúde selecionados, com o objetivo de analisar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e se estão obtendo os resultados esperados (BRASIL, 2005a).

Com base no monitoramento de 2001/2002, pôde-se reunir, pela primeira vez, um corpo de conhecimento a respeito dos objetivos definidos pelo SUS no que se refere às equipes de saúde da família, com destaque para os aspectos de cumprimento de processo de trabalho, as variáveis de estrutura e os recursos humanos, bem como à existência de uma rede de referência. A sua reedição, em 2008, permitiu avaliar os mesmos tópicos, bem como o impacto do forte investimento em expansão de cobertura realizado ao longo dos seis anos de interstício entre um monitoramento e outro.

Cabe ressaltar, ainda, a definição do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como um esforço coletivo no sentido de incorporar a avaliação à prática da gestão. Os indicadores que compõem o pacto foram escolhidos de forma a sintetizar os pontos mais estratégicos em relação às áreas prioritárias da APS e a refletir as diferenças regionais existentes em um país de dimensões continentais. Mas não se pode deixar de afirmar que os indicadores são, por si só, incompletos para permitir o entendimento mais amplo da APS, pois apresentam uma série de restrições, a destacar:

- Não possibilitam discriminar os efeitos por conta das subdimensões de promoção, prevenção e cura;
- Os indicadores de processo não expressam a qualidade das práticas gerenciais ou sanitárias, nem revelam a natureza do trabalho equipe (multiprofissional, interdisciplinar ou transdisciplinar);
- Os indicadores já definidos não abarcam todas as áreas programáticas, restando áreas a serem cobertas por novos indicadores;
- Através dos indicadores já definidos não há como se avaliar a coerência das práticas desenvolvidas pela APS com os princípios do SUS universalidade, acessibilidade ao

sistema, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2003)

Neste sentido, pode-se concluir que os indicadores do Pacto surgem como elementos capazes de indicar situações críticas de um elenco mínimo de ações básicas, mas são insuficientes para revelar experiências exitosas de mudança no modelo de atenção e gestão, no sentido da promoção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2003). Daí a importância de ações conjuntas, como aquelas realizadas com base na estratégia de monitoramento, para fins de fornecimento de informações sobre os aspectos não cobertos pelos indicadores.

Seguindo esta linha de raciocínio, é imprescindível engendrar esforços avaliativos capazes de abarcar as outras dimensões norteadoras abordadas no PROESF, a destacar: ampliação de cobertura, análises de satisfação do usuário e o desenvolvimento de recursos humanos. Especificamente no que se refere à dimensão de RH, há a necessidade de corrigir um longo período de negligência.

Macinko e Almeida (2006) relatam que, ao se tomar por referência os estudos avaliativos conduzidos como resultado dos esforços para a inserção das práticas avaliativas no âmbito da ESF no Brasil, os resultados recentes, mais importantes, obtidos podem ser sumarizados da seguinte forma:

- Não existem grandes dificuldades na implementação do PSF nos municípios de pequeno porte e sem uma capacidade instalada de APS;
- Há maior dificuldade na implementação do PSF quando se substitui o modelo e a rede tradicional (conversão do modelo);
- Existem vários desafios na inserção e desenvolvimento de recursos humanos;
- Apontam-se dificuldades no monitoramento do processo de implementação, incluindo instrumentos e estratégias para a avaliação de processos e resultados; e
- Identificam-se problemas relacionados com a garantia da integração do PSF aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde (MACINKO e ALMEIDA, 2006).

Estes autores concluem, ainda, que a partir destas asserções e com base nas evidências abordadas na revisão de literatura, existem poucas evidências sobre o impacto da APS na

saúde da população. As evidências existentes, neste sentido, estão limitadas a contextos populacionais ou geográficos restritos. Além disso, apontam que são escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou o desempenho dos serviços de atenção básica como um todo (MACINKO e ALMEIDA, 2006).

Nomeadamente, em relação aos desafios de RH apontados por Macinko e Almeida (2006) não foram encontrados na literatura estudos que buscassem investigar os efeitos de diferentes práticas de GRH nas dimensões de processo e resultado aplicadas à APS, especialmente pela via da avaliação de eficiência. Os estudos que existem procuram investigar e desenvolver métricas de RH voltadas para o contexto da saúde, mas não necessariamente para a APS<sup>5</sup>. A carência de estudos voltados para a compreensão de como os elementos de RH se relacionam com os aspectos relativos a essas duas dimensões no contexto da APS surge como uma lacuna que merece atenção.

A despeito de sua importância em um contexto intensivo em mão de obra como a saúde, a GRH até recentemente havia sido relegada a um plano secundário na esfera de prioridades dos gestores em saúde (BUCHAN, 2004). Buchan (2004) destaca, ainda, que nos últimos anos tem sido cada vez mais reconhecida a relevância de se promover práticas de GRH adequadas ao contexto da saúde, uma vez que podem se configurar como o foco de iniciativas para a melhora do desempenho dos sistemas de saúde. Uma força de trabalho apropriadamente capacitada e bem distribuída é fundamental para o sucesso de um sistema de oferta de cuidado. Assim, os métodos e as técnicas empregados na GRH em saúde podem se configurar, ou não, como catalisadores do processo de melhora de desempenho dos sistemas de saúde, bem como dos serviços neles inseridos (MARTINEZ e MARTINEAU, 1998; BUCHAN, 2000).

---

<sup>5</sup> Os estudos do professor Peter Hornby são exemplos de esforços voltados para a produção de informações relevantes para a avaliação de resultados de RH direcionados ao contexto da saúde.

Apesar da proeminência da temática de avaliação de desempenho em saúde, há poucas evidências que investiguem o relacionamento entre as práticas de GRH em saúde e os resultados o que cria uma lacuna que carece de esforços de pesquisa (LERBERGHE, 2002). Não obstante, os esforços que têm sido empreendidos, ainda que em pequena quantidade, têm permitido a geração de evidências baseadas em medidas específicas do setor de saúde, como processos e resultados, de forma a buscar possíveis relacionamentos destas medidas com intervenções de recursos humanos (BUCHAN, 2004).

Este dado elenca, dentre as prioridades vinculadas aos processos avaliativos em saúde, a dimensão de RH como forte candidata a foco de atenção. O desenvolvimento de RH implica necessariamente no conhecimento dos déficits existentes junto à atual força de trabalho. Este fato, associado à carência de estudos voltados à avaliação das práticas de GRH em saúde, define uma prioridade para o alcance de uma APS alinhada aos princípios do SUS.

A existência de profissionais qualificados, distribuídos em quantidades adequadas e que cumpram as ações vinculadas ao processo de trabalho em saúde, emergem como aspectos capazes contribuir para uma melhora no cumprimento das ações vinculadas à dimensão de processo do modelo avaliativo. O adequado cumprimento dos aspectos de trabalho vinculados à dimensão de processo é um primeiro passo para se pensar em resultados de saúde populacionais atribuíveis ao cuidado em nível primário.

Diante da possibilidade de melhorar não somente os índices de saúde populacional, mas também os demais indicadores de resultado em saúde, a análise da dimensão de RH e de seus pressupostos teórico-conceituais se torna indispensável para fins de avaliação e, por conseguinte, para a gestão em saúde como um todo.

## 4 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: CONTEXTO E AVALIAÇÃO

A saúde conta, majoritariamente, com três principais *inputs*: recursos humanos, capital e itens de consumo (WHO, 2000). A função de recursos humanos enquanto insumo do processo de oferta de cuidado pode ser compreendida como as diferentes formas de *staff* clínico e não clínico, responsáveis pelas intervenções de saúde, sejam elas coletivas ou individuais. O desempenho e os benefícios promovidos pelo sistema de oferta de cuidado em saúde dependem, largamente, dos conhecimentos, habilidades e motivação daqueles responsáveis pela oferta de cuidado (KABENE, et al; 2006). A necessidade de considerar a GRH em saúde como um foco de atenção tem ponderado o debate em saúde há algum tempo. Lerberghe (2002) aponta que, apesar de diversos gestores em saúde apontarem os problemas atrelados à GRH como o principal gargalo a ser enfrentado na tentativa de melhorar seus sistemas de oferta de cuidado, há ainda um longo caminho para a superação dos desafios que se impõem à gestão.

O cenário internacional destaca uma série de elementos que contribuem para a percepção da GRH em saúde como um obstáculo para a promoção do desenvolvimento dos sistemas de saúde dos diversos países. Dentre os pontos que caracterizam as dificuldades inerentes à GRH em saúde, podem-se destacar: baixa remuneração, baixa motivação dos profissionais de saúde, a iniquidade na distribuição de força de trabalho, desempenho insatisfatório, migrações internacionais, baixa capacidade de fixação e formação de recursos humanos, impacto de epidemias na força de trabalho em saúde, sobrecarga e alto índice de absenteísmo (MARTINEZ e MARTINEAU, 2004), (CHEN et al., 2004). PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, (2004) destacam que, ao se tomar como perspectiva a agenda internacional, múltiplos atores têm alinhado esforços para a superação dos desafios pertinentes à questão de

recursos humanos na área da saúde. Em suma, quatro grandes objetivos tem sido perseguidos:

- Aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- Garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
- Aumentar o desempenho das equipes de profissionais de saúde diante de objetivos estabelecidos e
- Fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de recursos humanos no setor de saúde (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, pg. 5, 2004).

A superação da maior parte destes objetivos carece de esforços avaliativos progressos para a proposição adequada de soluções. A avaliação de RH é um campo incipiente e que ainda enfrenta dificuldades de ordem metodológica e prática. Especificamente no que tange à saúde, as dificuldades são ainda maiores, uma vez que há poucos estudos que procuraram avaliar a importância de aspectos da GRH e seus relacionamentos com elementos vinculados a resultados.

A produção de trabalhos adaptados à saúde e que levem em conta suas medidas e variáveis é outro ponto fundamental para se pensar na inserção de práticas de GRH adequadas a este contexto específico. O setor de saúde é pautado por indicadores peculiares, que diferem daquelas encontrados nas organizações industriais (BUCHAN, 2004).

Várias das medidas usualmente utilizadas para se avaliar o desempenho organizacional (lucro, retorno sobre vendas, entre outras) não podem ser prontamente utilizadas para se avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. Designadamente em relação a estas peculiaridades há uma dificuldade em se transportar, com as devidas adequações, os modelos de gestão desenvolvidos para as indústrias para o setor de saúde. Para os estudiosos da área, isso demonstra a necessidade de uma gestão diferenciada para a saúde, não somente pelas características da atividade, mas também pelos resultados que devem gerar para a população. No âmbito da gestão, todavia as especificidades não invalidam os modelos desenvolvidos para as organizações industriais, só reforçam a necessidade de ajustes (SILVA e BARBOSA,

2009).

O quadro da GRH em saúde no Brasil não difere daquele observado no contexto internacional. Apesar da importância do elemento humano na esfera da saúde, a gestão de RH em saúde não recebeu a atenção devida durante um tempo considerável. Durante o período que se inicia em 1950 até meados de 1980, a preocupação dos gestores públicos em saúde se voltava quase que exclusivamente para aspectos relacionados a financiamento, organização dos serviços e estruturação de uma rede de atenção em saúde. A dimensão de RH era abordada apenas como um insumo necessário para o processo, sem receber a atenção necessária para assegurar um sistema de saúde efetivo (BRASIL, 2007b).

Parte da abordagem dedicada à função de RH se devia ao paradigma taylorista/fordista, sob o qual a lógica produtiva operava até meados de 1970. Segundo este, a organização do trabalho se dava de modo a separar o trabalho intelectual do manual, limitando a atuação dos trabalhadores às atividades prescritas e com pouca ou nenhuma autonomia (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004). A posição adotada pelos gestores públicos em saúde nessa época deixava transparecer a importância atribuída à gestão de RH na esfera da saúde. Neste sentido, ficava claro que a função de RH situava-se em um plano secundário, não sendo alvo de ações de cunho estratégico, uma vez que não era considerada como uma ferramenta capaz de alavancar os resultados obtidos pelo sistema de serviços de saúde.

A reestruturação produtiva que se consolidou entre as décadas de 80 e 90 propiciou uma modificação na percepção dos trabalhadores em saúde como peças centrais no processo produtivo, permitindo a ampliação da discussão sobre gestão do trabalho e qualificação. FISCHER (1987) pontua sobre as alterações no mercado de trabalho e ressalta que tais mudanças alteraram as exigências acerca dos profissionais como um todo em termos de níveis de capacitação e formação, mobilidade profissional e formas de inserção organizacional.

Infelizmente, esse novo olhar sobre os trabalhadores de saúde povoou de forma mais intensa o debate que as ações voltadas para a GRH. Este dado evidencia a distância entre o que era praticado em termos de RH para as organizações industriais e para as organizações do setor de saúde, aumentando a importância do debate sobre ações capazes de reduzir esta lacuna.

Uma primeira tentativa de abordar a lacuna vigente entre as práticas de RH para o setor industrial e o da saúde se materializou com a I Conferência de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986, em âmbito nacional. O relatório produzido pela mesma fornecia o panorama da situação brasileira acerca de diversos temas vinculados à gestão de RH, como: necessidades de capacitação e desenvolvimento, políticas de remuneração, planos de carreira, mercado de trabalho e práticas de avaliação de desempenho. Além disso, sugeria diretrizes, calcadas nos problemas observados para a superação de empecilhos relativos à gestão do trabalho em saúde.

A GRH em saúde enfrentava no início da década de 90, dificuldades, uma vez que as ações em termos de gestão, necessárias para o novo sistema de saúde, não eram suficientes para assegurar os princípios norteadores de universalidade e de equidade. O esforço consolidado através da I Conferência Nacional pode ser considerado um primeiro chamado para que as atenções se voltassem para a temática de RH. Apesar disso, o foco das ações de gestão em saúde não sofreu modificações substanciais até a implantação do SUS, a qual fez culminar diversos problemas atrelados à GRH dentre os quais se destacam: dificuldade na alocação de profissionais, absenteísmo e paralisações vinculadas às questões salariais e de vínculo de trabalho (GIL, 2005).

Parte desses problemas se justificava graças à lógica de gestão do trabalho aplicada na saúde, a qual se situava em defasagem em relação àquela observada nas demais organizações industriais. As modificações do contexto produtivo impuseram, em termos de RH, alterações

nas ações de gestão as quais não foram acompanhadas pelo setor público de saúde. Pierantoni, Varella e França (2004) destacam que, embora fosse reconhecida a necessidade de incluir o debate RH na agenda da saúde, o período adjacente à implantação do SUS foi marcado pela ausência de políticas neste sentido.

Apesar do melhor entendimento quanto à importância em se pensar estratégias para permitir uma gestão do trabalho efetiva em saúde, PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, (2004) apontam que os problemas enfrentados, na época da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde não haviam sido superados até o meio da década de 90. Além disso, somaram-se a eles outros como: pluralidade de vínculos de trabalho e modalidades contratuais, escassez ou excesso de profissionais em algumas categorias, falta de critérios para promoção do desenvolvimento profissional, flexibilidade nas relações de trabalho, inconsistências na determinação da remuneração e aglutinação de profissionais em grandes centros. SILVA e BARBOSA (2009) relatam que a realização da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em 1993, suscitou o debate acerca destes temas, mas não foi capaz de fomentar ações sólidas, de cunho prático, capazes de reverter a lógica de gestão de RH vigente.

A implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, contribuiu para o agravamento dos problemas relacionados à gestão do trabalho. A descentralização, que já era uma diretriz do SUS, foi acentuada com o PSF, destacando-se que a transferência de responsabilidades quanto à operacionalização do sistema de serviços de saúde nem sempre foi acompanhada pelo aumento de capacidade gestora pelos municípios (MENDES, 2002). PUSTAI (2004) define quatro grandes eixos que englobam os principais problemas enfrentados na gestão de RH em saúde em meados de 1994: os relacionados à formação dos profissionais, treinamento e educação para o serviço; os de vínculo, modalidades contratuais e fixação de profissionais; os atrelados à compreensão do novo processo de trabalho e aqueles ligados à necessidade de

informações para subsidiar políticas públicas.

A iminência de abordar de maneira eficaz esses desafios fez emergir ações voltadas para a produção de soluções capazes de atender às especificidades do setor saúde no que tange à superação destes obstáculos. Nomeadamente, a realização de trabalhos de cunho avaliativo configurou-se como de primeira necessidade, uma vez que a partir dos mesmos poderiam ser delineadas estratégias de abordagem para os problemas vigentes. Neste sentido as dificuldades enfrentadas para se avaliar as práticas de gestão de RH nas organizações industriais não estavam distantes daquelas encontradas na esfera da saúde. A adoção da ESF, enquanto política destinada a reorganizar a oferta de serviços de saúde no país contribuiu para um redirecionamento dos esforços relativos à gestão de RH em saúde, mas ainda assim persistiam dificuldades diversas.

A crise de recursos humanos vivenciada após a implantação do PSF, em 199, suscitou o debate sobre a necessidade de realização de ações destinadas a minimizar os aspectos negativos vinculados à questão. Tal necessidade ganhou relevância, principalmente, em função do modelo de reforma do sistema de saúde adotado pelo país.

O SUS possui como um de seus pilares a descentralização da oferta de serviços, com o intuito de aproximar a oferta de cuidado das necessidades locais das comunidades atendidas. A adoção da ESF contribuiu de modo ainda mais significativo para que a descentralização de ações fosse fortalecida. Lerberghe et al (2002) pontuam que a descentralização aproxima a GRH da operação, em que a oferta de cuidado é realizada, e aumenta a pressão sobre os gestores no que tange à adoção de práticas de gestão de desempenho, além de aumentar as pressões realizadas pelos usuários dos serviços. O modelo de oferta de serviços de saúde adotado em nosso país exige que práticas eficientes de GRH sejam desenvolvidas para que se possa assegurar a entrega de serviços de saúde de qualidade.

Fritzen (2007) destaca que a GRH é estratégica em qualquer tipo de reforma desenvolvida em um sistema de saúde, uma vez que os resultados almejados são fortemente dependentes do comportamento da força de trabalho ao longo deste sistema. A compreensão de como os profissionais de saúde irão responder aos novos valores, papéis, responsabilidades e recursos é essencial para que se possa garantir a viabilidade das intervenções de reforma. Acrescenta-se a este fato a utilização intensiva de mão de obra, o que confere ao aspecto humano uma importância ainda maior para a consecução de bons resultados oriundos de ações de reforma.

Para que se possa conceber uma inserção estratégica de RH na saúde, a produção de informações é o primeiro passo essencial. Neste sentido, ULRICH (2000) destaca que a inserção de RH com foco estratégico, tem de se dar de modo a contribuir para que a organização consiga atingir seus objetivos, e não mediante uma atuação a reboque das práticas e políticas definidas sem a participação da função. O alinhamento das práticas de gestão de RH à estratégia organizacional permitiria a adequação da organização às suas demandas internas e àquelas do ambiente e, conseqüentemente, contribuiria para sua sobrevivência (LACOMBE, 2005).

ULRICH (2000) suscita uma série de questionamentos sobre a inserção estratégica de RH, atribuindo à função um papel de formulação, e não somente de alinhamento de práticas. Dessa forma, o papel da função de RH seria o de contribuir para a definição da estratégia, assim como para a das demais funções administrativas. Nesta perspectiva, RH deveria fornecer indícios para a gestão, de que poderia agregar valor à organização. Por conta desta necessidade, os esforços focados para a definição de métricas capazes de sustentar este discurso ganharam destaque.

A definição de métricas capazes de sustentar uma posição de RH enquanto parceiro estratégico é algo ainda incipiente. Apesar de mais de vinte anos de esforços, no sentido de

produzir um corpo sólido de conhecimentos capazes de explicitar a importância da função de RH para o alcance de resultados organizacionais, muito ainda precisa ser feito. Parte da dificuldade é inerente ao próprio objeto de investigação. Os resultados auferidos por uma organização são múltiplos e multideterminados. Assim, isolar a parcela que cabe às práticas de GRH é algo complexo e de difícil operacionalização. Tal fato se repete independentemente do campo no qual se inserem os esforços avaliativos e a saúde não é exceção. Entretanto, a necessidade de construir um arcabouço que embase a visão estratégica de RH tem sobrepujado estas dificuldades iniciais e permitido a consolidação da visão de RH como parceiro estratégico.

GUEST (2011), em um trabalho analítico sobre a produção do conhecimento em avaliação de RH nas últimas duas décadas, destaca os esforços empreendidos pelos pesquisadores em seis grandes etapas na busca de métricas que embasassem uma concepção da função de RH que contribuísse para os resultados organizacionais. Houve um primeiro movimento, em meados da década de 80, que buscava enfatizar a importância de se vincular a estratégia dos negócios com a gestão de RH. Estes primeiros trabalhos buscavam chamar a atenção da comunidade em geral para a necessidade de se ponderar sobre os possíveis relacionamentos entre os resultados organizacionais e os aspectos atrelados a RH, para que esta fosse considerada capaz de agregar valor às organizações. Superada essa fase inicial surgiu, na década de 90, uma ênfase em estudos empíricos capazes de fornecer indícios sobre como se processava a calçou-se em *surveys* e continham forte componente estatístico. Além disso, a maior parcela dos estudos indicava que a adoção de um maior número de práticas de RH estava associada a melhores indicadores de desempenho organizacional.

Após a fase empirista, seguiu um período lacunar no que tange à produção de conhecimentos que agregassem novas dimensões à temática. Muito disso foi embasado nas asserções de estudiosos que acreditavam que a busca de produção de dados empíricos se deu à expensa de

uma elaboração conceitual mais sólida sobre alguns elementos cruciais vinculados à avaliação de RH (GUEST, 2011). A literatura produzida sobre avaliação de resultados em RH não permitia a definição clara, de um quadro teórico analítico único, para embasar a realização de estudos avaliativos. Dessa forma, os estudos apresentavam resultados divergentes e inconclusivos, com forte ênfase quantitativa e pouco valor informativo (LACOMBE 2005). A autora destacava, ainda, que a avaliação em RH somente seria produtiva em termos de relevância quando o discurso a respeito do que se deveria avaliar fosse nivelado. Somente a partir de um escopo claramente delimitado é que poderiam ser elaborados critérios adequados para balizar os procedimentos avaliativos, de modo a permitir a construção de um arcabouço teórico bem sedimentado.

HESKETH, e FLEETWOOD (2006) ressaltavam que tão problemática quanto a definição de um escopo claro de ações sob a égide de RH era a definição de resultados para uma organização. COLAKOGLU, LEPAK, HONG (2006) contribuíram para esta discussão ao destacar que as diversas percepções de resultado estão diretamente ligadas aos inúmeros *stakeholders* das organizações. O que podia ser considerado um bom resultado para determinado grupo não o era para outro, o que atribuía, de forma permanente, um caráter relativo ao debate sobre resultados organizacionais. ROGERS e WRIGHT (1998) acrescentam que num contexto em que os resultados são permeados por uma dimensão relativa o estabelecimento de um fluxo causal entre as práticas de RH e os resultados se torna um desafio, uma vez que elementos como, por exemplo, o nível de análise geram diferentes definições acerca de resultados.

Os debates surgidos neste contexto conduziram a diversas tentativas de classificar a grande quantidade de material empírico produzido até então. A ênfase na importância de se produzir uma base conceitual mais sólida que permitisse a generalização de resultados e, com isso, o desenvolvimento do campo sobrepujou nesta fase, a busca pela produção de métricas

vinculadas à mensuração de desempenho em RH. Dentre as ações mais exitosas neste contexto, destacam-se os trabalhos de BECKER e GERHART (1996) e DELERY e DOTY (1996). Estes autores levantaram uma discussão a respeito das perspectivas universalista, contingencial e configuracional no que se refere aos possíveis relacionamentos entre as ações de GRH e os resultados organizacionais.

A abordagem universalista engloba os estudos que defendem a existência de um conjunto de práticas que seriam as melhores em termos de resultado para todas as organizações. A abordagem contingencialista defende que as práticas de gestão de RH de uma organização, para serem efetivas, precisam ser consistentes com os demais aspectos desta organização. Os teóricos adeptos desta concepção se preocupam em demonstrar como determinado conjunto de práticas de RH está consistentemente alinhado às posições estratégicas assumidas pela empresa e como estas práticas se relacionam aos resultados alcançados (DELERY e DOTY, 1996). A abordagem configuracional procura identificar padrões de fatores que são propostos como maximamente efetivos (LACOMBE, 2005). Assim, na perspectiva configuracional, são propostos múltiplos fatores, que interagindo entre si, podem resultar em um desempenho máximo. A diferença entre a perspectiva contingencial e a configuracional se dá na forma como a função de RH é entendida. Naquela, RH é tratado como práticas isoladas ou como um conjunto de práticas; nesta, RH é entendido como um sistema, e as atenções, portanto, se voltam para análises mais complexas que extrapolam relações bivariadas, como aquelas inerentes à perspectiva contingencial (DELERY e DOTY, 1996).

A quarta etapa definida por GUEST (2011) foi marcada pelo refinamento conceitual. Alguns trabalhos dominaram o estado da arte em relação à avaliação de RH, fornecendo contribuições para que houvesse o robustecimento do referencial subjacente aos estudos avaliativos de RH. GUEST (1997) lançou luz sobre a relevância de se investigar de modo mais aprofundado de que maneira as práticas de RH se relacionavam com os resultados preconizados pelos vários

*stakeholders* e sobre a necessidade de teorias mais sólidas sobre tais práticas de RH e sobre estes resultados. Além do trabalho de Guest, Barney (1991) apresentou a visão da firma baseada em recursos (*resource-based view of the firm*). Seu entendimento a respeito das organizações motivou a aplicação de seu referencial em vários estudos e permitiu o estabelecimento de um link entre as ações de RH e a concepção dos modelos de gestão estratégica adotados pelas empresas. Ao inserir a GRH em uma perspectiva baseada em recursos, seria possível prever quais tipos de investimento em RH obteriam maior probabilidade de atingir padrões de desempenho superiores. Os refinamentos que emergiram desta fase continuam a dominar o pensamento conceitual sobre GRH e desempenho, influenciando os interesses de pesquisa e de produção de conhecimento sobre o tema (GUEST, 2011).

A quinta fase no contínuo de evolução, que relaciona GRH e desempenho, foi marcada pelo debate sobre a centralidade dos trabalhadores e sobre a importância das percepções e comportamentos dos mesmos no entendimento do relacionamento em GRH e desempenho. Até então, a questão dos trabalhadores não havia sido abordada no âmbito deste debate e esta negligência povoou o debate sobre a GRH durante toda a década passada. Ao se abordar a questão dos trabalhadores os esforços de pesquisa se direcionam para melhor entender os pontos destacados por Guest (1997), além de melhor compreender a forma como os trabalhadores respondem às ações de GRH e como tais reações se relacionam com os resultados de RH (GUEST, 2011).

A sexta e última fase do desenvolvimento de teoria e pesquisa em GRH e resultados exibe um padrão delineado por estudos complexos e sofisticados. Os estudos que vêm sendo conduzidos contam com uma sofisticação crescente, tanto de métodos de pesquisa quanto em relação à teoria subjacente. Dentre aqueles que merecem destaque pode-se citar os trabalhos de Bowen e Ostroff (2000, 2004). O primeiro estudo destes autores apresenta um arcabouço

conceitual multinível, o qual sugere que o relacionamento GRH-desempenho poderia ser considerado tanto no nível individual quanto no organizacional e com base nas ligações entre ambos. O segundo estudo oferece uma teoria de implementação de GRH, sugerindo que, para que se possa entender a vinculação entre GRH e desempenho, grande parte da ênfase precisa se dar na dimensão de processo, uma vez que um bom desempenho somente é possível quando há boas práticas e as mesmas são bem implementadas (GUEST, 2011). Estes dois estudos contribuíram para promover uma mudança do foco de atenção para os gerentes de linha e enfatizaram a efetividade das práticas de GRH, mais que sua simples adoção.

A importância concebida à dimensão de processo destacada por Bowen e Ostroff (2004) se dá em função do fato de que é mais importante saber como as ações são feitas, e não somente o que está sendo feito. Assim, estudos que procuram investigar como os elementos de RH se articulam e se relacionam com a eficiência no cumprimento de ações em um contexto de utilização intensiva de mão de obra, figuram como alternativas capazes de traduzir a qualidade das ações de gestão empreendidas.

De maneira geral, pode-se depreender, com base na evolução da teoria sobre RH e desempenho, que a maior parte dos estudos exibe uma associação entre GRH e resultados positivos. Mas há pouca evidência de causalidade entre estas duas dimensões (BOSELIE et al., 2005; COMBS et al., 2006). Além disso, não há evidências para se determinar por que há essa associação entre as dimensões. Parte da explicação para estas conclusões se dá em função da relativa juventude deste campo de investigação, fazendo com que o mesmo careça de bases teóricas e empíricas bem estabelecidas (RICHARDSON e THOMPSON, 1999) e das lacunas metodológicas que ainda precisam ser resolvidas em termos de mensuração de RH, de mensuração de desempenho organizacional e da mensuração do relacionamento entre ambos (GUEST, 2001). Outro ponto que auxilia na compreensão do estado da arte deste campo se dá em função da carência de estudos de natureza longitudinal e de estudos que combinem

metodologias qualitativas e quantitativas (GUEST, 2011) (RICHARDSON e THOMPSON, 1999). Apesar disso, há fortes indícios de que há um relacionamento positivo entre práticas de GRH e desempenho organizacional e que quanto mais efetivas são essas práticas melhores são os resultados (BUCHAN, 2004), (CAULKIN, 2001), (GUEST, 2001).

Os estudos que fomentaram o desenvolvimento do arcabouço teórico existente no que se refere à mensuração de RH e a sua vinculação com o desempenho institucional se processaram em diversos setores, principalmente, nos setores industrial, de serviços e financeiro (BUCHAN, 2004). Apesar do volume crescente de estudos sobre o desempenho organizacional em diversos setores, há poucos estudos que procuraram investigar a dimensão de RH, bem como seus possíveis impactos no setor de saúde. Este fato sublinha a importância de que as metodologias e as teorias desenvolvidas passam por um processo de adaptação para o contexto da saúde, de forma a nortear esforços avaliativos metodologicamente adequados.

Em relação a este último tópico, não somente os aspectos organizacionais são os responsáveis pela diferenciação existente entre o contexto industrial e o da saúde, mas também as medidas de desempenho organizacional. Várias das medidas utilizadas na saúde são únicas e específicas do setor. O desafio que pesa, para os pesquisadores e formuladores de políticas públicas em saúde, repousa na superação da lacuna de conhecimento presente entre o que é conhecido sobre os inputs da GRH e desempenho nas organizações industriais e sobre o que é conhecido das evidências específicas da saúde, levando-se em conta as medidas adequadas de resultado (BUCHAN, 2004). Especificamente, em relação a esta lacuna é que se insere a proposta do presente trabalho.

Apesar de sua importância, poucos estudos têm se voltado especificamente para a compreensão do relacionamento entre a dimensão de RH e os diversos possíveis resultados em saúde em termos tanto de gestão quanto em termos de indicadores de saúde populacionais.

A construção de evidências em GRH em saúde esbarra na dificuldade que os pesquisadores em saúde tem de lidar com métodos de pesquisas não-clínicos para avaliar os inputs de RH em relação às medidas de processo e resultado vinculadas à saúde (BUCHAN, 2004). Não obstante, a associação estatística entre GRH em saúde e resultados em saúde tem recebido crescente atenção e algumas iniciativas têm sido conduzidas com o intuito de produzir um corpo de evidências capaz de nortear ações de GRH em saúde mais eficazes. A análise de eficiência é uma possível ferramenta capaz de fornecer contribuições para o entendimento desses elementos.

Bärnighausen (2004) investigou o relacionamento entre a disponibilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em relação a indicadores de saúde infantil e maternal. Os resultados deste estudo apontaram para o fato de que o status de saúde e os níveis de cobertura de profissionais estavam positivamente associados (SPEYBROECK et al 2006). Chen (2004) enfatiza em seu estudo que a estratégias efetivas de GRH melhoram o desempenho dos sistemas de saúde, mesmo em circunstâncias adversas (WORLD BANK, 2004), (WHO, 2000).

Apesar destes esforços, os estudos realizados com base em uma literatura recente têm produzido resultados por vezes contraditórios. Alguns encontram associações entre a densidade de profissionais e resultados em saúde (BÄRNINGHAUSEN, 2006) e (CHEN et al, 2004), outros relatam o contrário, como os estudos de ROBINSON e WHARRAD (2000, 2001), que não encontraram associação entre os profissionais de enfermagem e os indicadores de mortalidade infantil. Parte da explicação para estes resultados opostos emerge quando se analisam as fontes de informação utilizadas para a condução dos estudos. A utilização de diferentes fontes de dados, diferentes grupos de variáveis e diversos métodos analíticos parece ter contribuído para a observação dessas discrepâncias (SPEYBROECK et al 2006) estas divergências enfatizam a necessidade de se alinhar esforços para sejam produzidas evidências

equiparáveis.

Tomando-se por referência a evolução do campo de avaliação de RH e o estágio atual da temática no setor de saúde, pode-se depreender que a saúde, a despeito do atraso em relação à produção de evidências adaptadas à sua realidade, foi, de certa forma, beneficiada. Esta asserção se sustenta, uma vez que o setor de saúde não foi penalizado pelas diversas etapas evolucionárias experienciadas pelo campo de avaliação de RH. Atualmente, estudos direcionados para a investigação do relacionamento entre a GRH e o desempenho vivenciam um momento metodológico e teórico mais sólido que aquele existente em meados da década de 80, período no qual emergiram. Dessa forma, os estudos que buscam investigar o relacionamento entre GRH e desempenho no setor de saúde já se iniciam tendo superado uma série de obstáculos teóricos e metodológicos que estavam presentes alguns anos atrás, cuja superação trouxe solidez ao campo.

Analisando estas evidências, pode-se depreender que o cenário de carência em relação às políticas destinadas a superar os desafios de gestão de RH em saúde tem sido gradualmente abordado, uma vez que a temática se posicionou como um dos empecilhos para a busca de sistema de saúde universal e equânime. Não obstante, ainda persistem múltiplos desafios atrelados à dimensão de RH na saúde, especialmente em relação à ESF.

O carro-chefe do sistema de saúde brasileiro ainda carece de um corpo de evidências que o auxilie na transposição dos obstáculos pertinentes à esfera de RH. A ESF encontra barreiras vinculadas à GRH em saúde para sua implementação que fragilizam a consolidação do processo de mudança imbricado em sua adoção (MACINKO e ALMEIDA, 2006). A promoção de vínculos mais estáveis por parte dos profissionais de saúde, melhor distribuição geográfica de profissionais, redução de rotatividade, necessidade de criação de incentivos salariais e aprimoramento do processo de capacitação, entre outros, são exemplos de desafios a serem sobrepujados. Pesa, ainda, a necessidade de conhecer melhor os aspectos de

vinculação entre GRH em saúde e resultados, tanto do ponto de vista de indicadores de saúde populacionais quanto do ponto de vista de gestão. Apesar destes desafios, não foram encontradas iniciativas que procurassem investigar, com a ótica da gestão, o relacionamento entre aspectos da GRH e elementos vinculados ao processo de trabalho, bem como aspectos atrelados à dimensão de resultados pela via da eficiência.

Especificamente em relação a este último ponto é que se insere a proposta deste trabalho. O setor de saúde é carente de estudos avaliativos com foco em gestão que procurem estabelecer parâmetros de relacionamento entre práticas de GRH e a eficiência no cumprimento de ações de oferta de cuidado. Neste sentido, a APS é mais carente ainda, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos que procurassem investigar aspectos da GRH em saúde e a eficiência na execução de ações, a qual pode ser considerada uma vertente do desempenho.

Assim, o presente trabalho buscou identificar de que maneira as diferentes práticas de GRH se relacionam às medidas de eficiência no cumprimento de processo de trabalho em saúde na esfera da APS, com o foco específico na Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, foram desenvolvidos indicadores de RH adaptados ao contexto da saúde, bem como medidas de eficiência no cumprimento de ações adscritas ao escopo da ESF. Uma vez definidas tais medidas, o relacionamento entre os aspectos de estrutura e processo foi analisado com ênfase na eficiência da execução de ações de oferta de cuidado e de seus relacionamentos com as dimensões de RH e estrutura física.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 A NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de buscar dados alinhados à consecução dos objetivos aqui definidos, fez-se necessário conjugar dois tipos de estudos científicos. Num primeiro momento, destinado à obtenção de informações acerca das práticas de gestão de RH no âmbito das equipes de saúde da família optou-se pela realização de um censo **descritivo-explicativo**. Os estudos descritivos têm por objetivo descrever as características da população ou de um fenômeno. Associado a uma perspectiva explicativa que busca identificar fatores que contribuem para a ocorrência de determinado fenômeno em questão (GIL, 2006). SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK (1982), destaca-se ainda, que os estudos descritivos permitem descrever as formas de estruturação de uma organização social ou evento.

BAILEY (1982) pontua que os estudos descritivos se destinam a fornecer informações em detalhe acerca de determinado fenômeno sobre o qual se detêm poucas informações. O estudo descritivo se justifica em função da necessidade de conhecer como alguns aspectos vinculados à GRH na esfera da saúde se relacionam com dados de eficiência oriundos da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte. Longe de buscar uma abordagem exaustiva do relacionamento entre as práticas de GRH em saúde e de eficiência no cumprimento do processo de trabalho junto à ESF, o estudo procura abordar alguns elementos presentes neste contínuo. Uma vez auferidas as informações descritivas sobre as práticas de gestão, fez-se necessário obter dados sobre como as mesmas se articulam com a eficiência no cumprimento do processo de trabalho. Esta perspectiva, insere-se a dimensão explicativa. BAILEY (1982) ressalta que os estudos explicativos se voltam para um passo além da mera descrição de fenômenos, buscando explicações acerca destes.

O método descritivo-explicativo permitiu obter de informações referentes às práticas de gestão de RH das equipes de saúde da família, bem como definir os indicadores que atuaram como *proxies* da eficiência no cumprimento de processo de trabalho. Quanto aos meios, trata-se de uma pesquisa de campo que, segundo MINAYO (1996), permite a realizar um recorte em termos de espaço, representando uma realidade empírica, a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objetivo da investigação.

## 5.2 UNIVERSO DA PESQUISA

O universo considerado para a realização do estudo foram todas as equipes de saúde da família<sup>6</sup> alocadas junto ao município de Belo Horizonte, que abriga 2.375.444 habitantes (IBGE, 2010). Para fins de planejamento e gestão, a cidade é dividida em nove áreas administrativas regionais, que coincidem com os nove distritos sanitários (PBH, 2008) segundo distribuição da figura 4.



**Figura 4 – Distritos sanitários de Belo Horizonte.**

**Fonte:** Prodabel

A cidade é marcada por uma fase de transição demográfica, na qual a participação da população idosa tem aumentado significativamente, especialmente entre as mulheres, o que contribui para a necessidade de fortalecer ESF, de modo a oferecer cuidado de qualidade para a população.

Belo Horizonte conta com uma cobertura em saúde de família em torno de 73%, com cerca de 512 equipes de saúde, alocadas em 144 Unidades básicas de saúde, segundo dados de

<sup>6</sup> Total de equipes referente ao mês de novembro de 2009.

novembro de 2009. A escolha por este município se deu em função de sua importância para a ESF no estado de Minas Gerais, uma vez que aproximadamente 18% das equipes do estado estão alocadas neste município, o qual é dividido em 9 regionais com padrões diferenciados em relação à composição da força de trabalho e ao estilo de gerenciamento. Neste sentido, a opção pela realização do estudo em um município apenas pode fornecer vários benefícios, como o controle de variáveis, uma vez que as equipes estariam sujeitas a alguns aspectos similares em termos de políticas de saúde e de caracterização populacional. O estudo foi realizado de forma censitária contemplando a totalidade de equipes de saúde da família alocadas no município.

### **5.3 A COLETA DE DADOS**

Para o levantamento de informações sobre a GRH junto às equipes de saúde da família, bem como de informações sobre o cumprimento de processo de trabalho, foram aplicados dois questionários estruturados<sup>7</sup> junto à totalidade das equipes implantadas em Belo Horizonte, em novembro de 2010. Os questionários foram aplicados no âmbito do projeto de pesquisa *Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte*.

Um questionário elaborado voltou-se para as questões referentes à infraestrutura física disponível às equipes de saúde que mantêm relação com os princípios da ESF, com destaque para a: disponibilidade de equipamentos para atendimento clínico, a disponibilidade de medicamentos, a existência de instalações mínimas, a disponibilidade de vacinas do PNI e a existência de insumos como esparadrapo, gaze e luvas. O outro instrumento destinou-se à avaliação de aspectos vinculados à GRH e ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes

---

<sup>7</sup> Os questionários encontram-se anexos ao trabalho e foram os mesmos utilizados no projeto de pesquisa “*Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte*”

de saúde da família. Para abordar os aspectos referentes à GRH, foram levantadas informações sobre a composição das equipes, a carga horária de treinamento, o tempo de permanência dos profissionais na equipe e o perfil de atuação generalista. Os elementos referentes ao processo de oferta de cuidado das equipes foram dimensionados por meio de questões sobre a oferta de cuidado para diversos agravos no que tange às ações de prevenção e promoção à saúde e às intervenções curativas. Além destes também foram auferidas informações sobre a realização de consultas planejadas, uma vez que as mesmas refletem uma boa orientação para com os princípios ordenadores da APS.

A necessidade de utilização de dois questionários se deu em função das características de alocação nas UBS das equipes de saúde da família. Todas as UBS de Belo Horizonte aglutinam mais de uma equipe de saúde da família. Assim, as questões referente à estrutura física da UBS puderam ser aplicadas uma única vez e indexadas àquelas equipes que estavam alocadas em cada unidade de saúde. A coleta de informações sobre a GRH e o cumprimento de processo de trabalho diretamente junto às equipes e não junto à administração central, justificou-se, uma vez que a coleta de informações em níveis mais baixos remete a dados mais precisos em termos do que de fato vem sendo desenvolvido e aplicado em termos de RH (RICHARDSON e THOMPSON, 1999).

Uma vez coletada toda a informação necessária, a análise de dados se deu de forma a buscar identificar evidências acerca da existência de práticas de GRH no âmbito das Equipes de Saúde da Família e dos possíveis relacionamentos entre estas práticas e a eficiência do cumprimento do processo de oferta de ações de cuidado.

#### **5.4 A ANÁLISE DE DADOS**

Para a superação das dificuldades inerentes à consolidação da ESF, fez-se necessário desenvolver um ferramental de avaliação em saúde, para que fossem levantados os pontos que

ainda precisam ser abordados, a fim de se pensar em um sistema de saúde eficaz. Vários estudos avaliativos realizados acenam para a dimensão de RH como possível responsável por parte da solução dos problemas que impedem uma APS fortalecida, bem como um sistema de saúde efetivo.

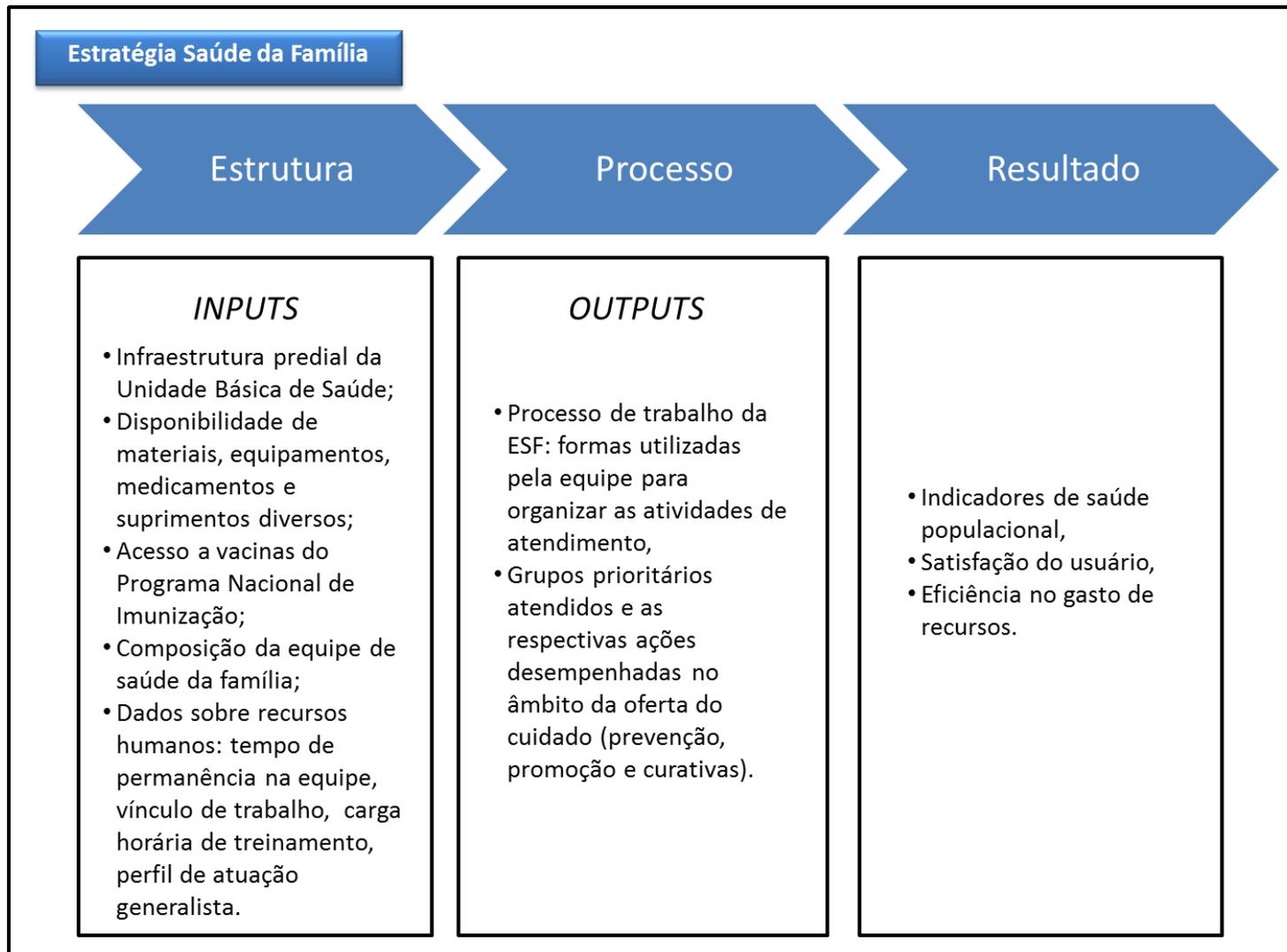
Graças à utilização intensiva de mão de obra a GRH assume posição destaque, no que tange ao cumprimento dos princípios ordenadores. Problemas de GRH podem atuar como empecilhos para o efetivo cumprimento dos princípios ordenadores da uma APS forte. Starfield (2002) afirma que, para que a APS seja eficaz em promover melhores resultados em saúde, segundo que o modelo tradicional de oferta de cuidado, é de fundamental importância que todos os princípios ordenadores sejam efetivamente cumpridos. Os desafios associados a atração e retenção de profissionais, remuneração, multiplicidade de modalidades contratuais, ausência de uma carreira estruturada, disputa por profissionais, alta rotatividade e absenteísmo, déficits de formação e dificuldades atreladas à compreensão do novo processo de trabalho são elementos que modulam diretamente o cumprimento dos princípios ordenadores (PUSTAI, 2004).

As práticas de GRH repercutem na execução do processo de trabalho relacionado aos princípios ordenadores da APS. O exemplo da rotatividade deixa claro como a dimensão de GRH pode impedir o efetivo cumprimento dos princípios ordenadores. Altos índices de rotatividade impedem a formação de um vínculo sólido entre o profissional de saúde e a comunidade na qual o mesmo se insere. A ausência de vínculo interfere no princípio da longitudinalidade, uma vez que impede um cuidado regular ao longo do tempo, e nos princípios da integralidade e orientação comunitária. Naquele, por influência negativa na confiança estabelecida para com o profissional de saúde, fator importante, uma vez que o vínculo entre o usuário e o profissional exerce influência na adesão ao tratamento, por

exemplo (STARFIELD 2002), neste por impedir o conhecimento aprofundado das necessidades de saúde da comunidade na qual o profissional atua, impedindo a adequação da oferta do cuidado, em função das necessidades locais. Déficits de treinamento e de formação de profissionais podem impedir a realização de atividades voltadas para o conhecimento da comunidade e diminuir a qualidade dos atendimentos prestados aos diferentes agravos.

Para proceder à análise de eficiência, optou-se pela utilização do modelo teórico de avaliação de serviços de saúde proposto por Donabedian, que considera como dimensões de análise aspectos vinculados a estrutura, processo e resultados. Tal escolha se justificou em função de sua amplitude teórica em englobar diversos elementos adjacentes à oferta de serviços de saúde e de sua capacidade propositiva do mesmo.

No que se refere à APS, o cumprimento dos princípios ordenadores é um primeiro passo fundamental para se pensar em resultados. Sem um cumprimento eficiente do processo de trabalho inerente aos princípios ordenadores não se pode conceber uma atuação eficaz das equipes de saúde da família e o consecutivo impacto em indicadores de saúde populacional. A **figura 5**, fornece um eixo norteador para as análises realizadas neste estudo, indicando os elementos investigados por meio dos instrumentos de coleta de dados e de seu respectivo relacionamento com as dimensões do modelo teórico.



**Figura 5 – Variáveis consideradas e sua inserção no modelo de análise.**  
**Fonte – Elaborado pelo autor.**

Neste estudo optou-se, dentre as três dimensões do modelo de avaliação de serviços de saúde proposto por Donabedian, pela utilização somente das dimensões de processo e de estrutura. Tal fato se justifica, já que o próprio Donabedian defende, em trabalho publicado em 1987, que a dimensão de resultados é regida por peculiaridades que interferem na sua adequada avaliação. Os resultados mensurados em termos de indicadores de saúde populacionais são dependentes do tempo. Assim, as consequências da oferta do cuidado somente se manifestam após decorrido algum tempo, o que pode influenciar negativamente a realização de avaliações de resultado decorrido um curto espaço de tempo após a coleta da informação sobre os padrões de oferta de serviços (DONABEDIAN, 1987). É nesta situação que se encaixa o presente trabalho, uma vez que o dado foi coletado até meados de janeiro de 2011. Em relação aos outros dois pontos, não houve disponibilidade de informações a tempo para que pudessem ser incorporados à dimensão de resultados do presente trabalho.

Esta avaliação adota uma perspectiva de gestão. Segundo esta ótica, os resultados de saúde populacional não são totalmente sensíveis às ações de gestão como são as dimensões de estrutura e processo. Os resultados em saúde considerados em termos de indicadores de saúde populacional são dependentes de múltiplos fatores que não somente a oferta do cuidado, como saneamento básico, hábitos de vida e níveis de renda, os quais não são passíveis de intervenção direta por parte do gestor em saúde.

Ao contrário do que se observa na dimensão de resultados, as dimensões de processo e de estrutura são mais sensíveis a ações diretas de gestão e podem ter seus perfis alterados de modo mais controlado e objetivo por parte dos gestores em saúde. A opção por se considerar nesta de avaliação a dimensão de processo como último estágio se deu também em função do destaque fornecido por Richardson e Thompson (1999) à importância de buscar evidências quanto aos elementos que se interpõem entre a definição de objetivos e os resultados

esperados. A atenção para com estes elementos que se interpõem entre os dois extremos pode fornecer indícios para a promoção de melhoras, uma vez que pode evidenciar quais conjuntos de práticas tem auferido melhores resultados. Dessa forma, este trabalho almeja investigar a eficiência no cumprimento do processo de trabalho vinculado à ESF e seu relacionamento com práticas de GRH em saúde. Para tanto, foi concebida uma matriz de indicadores que desdobram aspectos referentes às dimensões de estrutura e de processo, de forma a traduzir os aspectos mais significativos relacionados a estas duas dimensões, expressa no quadro 1.

<b>Processo</b>	
<b>Parâmetros para a definição do indicador de processo</b>	<b>Indicadores de processo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de atividades consultas programadas pelos profissionais da equipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de consultas programas dentre a totalidade das consultas realizadas pela equipe.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para saúde da mulher<sup>8</sup>;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para gestantes;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para saúde da criança;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para hipertensos;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para diabéticos;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para hanseníacos;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para portadores de tuberculose;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para doenças sexualmente transmissíveis;</li> <li>▪ Desempenho de ações de vigilância epidemiológica;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para portadores de sofrimento mental;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para saúde do adolescente e;</li> <li>▪ Desempenho de ações de cuidado voltadas para saúde do idoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de ações desenvolvidas</li> </ul>

**Quadro 1 – Quadro de composição dos indicadores relacionados à dimensão de processo – outputs.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A seleção dos indicadores se deu de modo a compreender os aspectos mais significativos atrelados a cada aspecto da avaliação. Diante da impossibilidade de escolhê-los com base em

<sup>8</sup> Para cada um dos grupos de interesse foram consideradas ações de prevenção e promoção de saúde, bem ações de cunho curativo

métodos estatísticos de associação fez-se a opção de utilizar indicadores referendados pela literatura. O número de consultas é um indicador largamente utilizado como *proxy* de uma oferta de oferta de cuidado (HUANG e MCLAUGHLIN 1989) (PINA e TORRES, 1992).

Ainda em relação aos indicadores de processos listados no quadro 1 cabe destacar a importância do indicador que remete ao percentual de ações desenvolvidas. Garcia et al (1999) enfatizam a necessidade de adotar indicadores de *output* que considerem a multiplicidade de ações possíveis de serem desempenhas no âmbito da APS, bem como os padrões de qualidade exigidos no desempenho destas ações. A listagem de ações pertinentes a cada grupo de interesse no quadro 2 foi elaborada como o auxílio dos protocolos clínicos adotados em Belo Horizonte e dos profissionais clínicos especializados na APS, especificamente na ESF. Assim, as ações que compunham cada listagem de questões aplicadas aos profissionais faziam referência às ações de oferta de cuidado necessárias para se garantir um padrão mínimo de qualidade.

No que tange à dimensão de estrutura (*inputs*), Salina-Jimenez e Smith (1996) utilizaram indicadores de estrutura que abarcavam a extensão e a qualidade das práticas desempenhadas pelos profissionais de saúde no que se refere ao atendimento nas clínicas básicas. Por conta desta contribuição, o indicador que remete à porcentagem de clínicas básicas nas quais os profissionais de saúde atendem foi considerado como relevante e inserido no modelo de análise. Garcia et al (1999) incorporaram os *inputs* de seu estudo sobre eficiência a questão número de profissionais envolvidos na oferta do cuidado, o que motivou a inclusão de um indicador para se avaliar a quantidade de profissionais alocados nas equipes. Já os demais indicadores foram incorporados para refletir aspectos da dimensão de RH. Não foram encontradas referências na literatura, uma vez que há escassez de estudos voltados para a investigação deste aspecto na APS.

Dimensão de Estrutura				
	Recursos humanos		Estrutura física	
Princípios Ordenadores	Parâmetros para a definição dos indicadores de recursos humanos	Indicadores de Recursos Humanos	Parâmetros para definição do indicador de disponibilidade de estrutura	Indicador de estrutura
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe mínima (médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem)</li> <li>Número adequado de ACS em relação composição atual (que acompanham até 750 pessoas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de instalações físicas para atendimento em quantidade mínima (exemplo: consultórios, sala para curativo, etc.);</li> <li>Existência de materiais e equipamentos para atendimento (exemplo: glicosímetro, espéculos, balança, etc.);</li> <li>Existência de medicamentos na UBS;</li> <li>Existência de vacinas do PNI;</li> <li>Existência de insumos (exemplo: seringas, luvas, esparadrapo, gaze, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentual de itens disponíveis para equipe</li> </ul>
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissionais com vínculo não precário</li> <li>Tempo de permanência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentual de vínculos não precários na equipe</li> <li>Tempo de permanência na equipe, em meses, do médico</li> </ul>		
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atuação generalista, com atendimento nas quatro clínicas básicas</li> <li>População sob responsabilidade da equipe de até 3450 pessoas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentagem de clínicas nas quais os profissionais de nível superior atendem (médico e enfermeiro).</li> <li>Proporção de população sob responsabilidade <i>versus</i> preconizada</li> </ul>		
Foco na família	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de curso introdutório à Saúde da Família</li> <li>Treinamentos para atenção a grupos prioritários</li> <li>Orientação do processo de trabalho voltado para a programação de ações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de profissionais que realizaram o curso introdutório na equipe</li> <li>Total de horas de treinamento da equipe</li> </ul>		
Orientação comunitária				

**Quadro 2 – Matriz de composição dos indicadores relacionados à dimensão de estrutura - inputs.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor a partir de estudo

Apesar disso, um entendimento diferente acerca destes aspectos conduziria a seleção de indicadores diferenciados. A opção feita neste trabalho se orientou pela busca de englobar a maior quantidade possível de itens vinculados a cada dimensão, de forma a promover uma avaliação abrangente, válida e sustentada pela literatura. Em relação a este ponto, Bärnighausen (2004) destaca que a seleção de variáveis com base apenas em critérios estatísticos pode conduzir a equívocos e à exclusão de fatores relevantes e que a ponderação sobre os fatores teóricos subjacentes à escolha de indicadores é um esforço necessário. Neste sentido, este trabalho orientou a definição de indicadores com base no entendimento acerca dos princípios ordenadores e dos problemas relatados pela literatura em termos de GRH em saúde na ESF.

O levantamento e a validação de indicadores de RH que mantenham relação com os princípios norteadores permitiram analisar sua contribuição relativa para a eficiência do cumprimento do processo de trabalho das equipes. Assim, este trabalho buscou investigar o relacionamento de práticas de GRH em saúde com a eficiência no cumprimento do processo de trabalho em saúde por meio da técnica de DEA. Diversas técnicas podem ser utilizadas para fins de avaliação de eficiência. A opção por DEA se deu em função dos padrões de distribuição apresentados pelos dados, uma vez que os dados não apresentaram uma distribuição funcional que permitisse a utilização de técnicas paramétricas de análise de dados.

Essa técnica desenvolvida por Charnes, Cooper e Rhodes, em 1978, utiliza a programação linear para calcular a eficiência técnica relativa de um conjunto de unidades produtivas que possuam uma função comum e que operem de forma similar, mas cuja eficiência varia em função de aspectos internos (COOK et al. 2008).

Giuffrida et al. (2000) destacam que DEA pode ser considerada uma técnica eficaz e capaz de realizar avaliações de eficiência quando comparada a outros métodos, como análise de regressão múltipla, análise de cluster e a análise de fronteira estocástica. Dessa forma, DEA permite a realização de análises adequadas em termos dos diferentes níveis de desempenho das equipes de saúde, bem como permite identificar, dentre as práticas de GRH selecionadas, aquelas que podem ver alvos de melhoramentos com foco no aumento da eficiência do cumprimento do processo de trabalho das equipes (AMADO e DYSON, 2008). Além disso, a opção pela utilização da DEA se deu em função de que a mesma é uma técnica não paramétrica e os dados coletados não se adequam aos pressupostos de distribuição funcional associados a outras técnicas de análise, como a análise de regressão ou a análise de fronteira estocástica.

Por meio da DEA, múltiplos recursos (inputs) e múltiplas saídas (outputs) podem ser analisados em conjunto com a finalidade de determinar índices de eficiência relativa entre unidades tomadoras de decisão (Decision Making Units - DMU). O escore de eficiência relativa atribuído a cada DMU se dá por meio da comparação entre os níveis de saídas (outputs) que cada DMU alcança em relação ao nível máximo de saídas obtido na análise. Assim, a eficiência técnica é mensurada por meio de comparações entre os resultados obtidos por cada unidade analisada frente ao melhor resultado obtido por uma unidade neste grupo. Aquelas unidades que apresentarem eficiência máxima irão compor a fronteira eficiente, que define os níveis de eficiência a serem alcançados pelas demais DMU para que possam se tornar eficientes, bem como as DMU consideradas como *benchmarks* para as demais.

Há dois modelos fundamentais de análise por meio de DEA: o de retornos constantes e o de retorno variável. O modelo de retornos constantes (Constant returns to scale - CRS) concebe que as variações entre os níveis de entrada e de saída se processam de modo

proporcional, ou seja sem ganho de escala. Já o modelo de retornos variáveis (Variable returns do scale – VRS ou BCC) concebe a existência de ganhos de escala entre os níveis de entrada e saída, ou seja, alterações nos níveis dos inputs podem produzir alterações não proporcionais nos níveis dos outputs. A literatura sobre a utilização da DEA aplicada à avaliação da APS transita entre os dois modelos de aplicação da metodologia. Neste estudo, optou-se pela utilização do modelo CRS uma vez que não há evidências sólidas de ganho de escala na saúde (AMADO, 2009)

Outro ponto interessante é que a DEA permite a identificação de DMU de referência para aquelas consideradas ineficientes. Com base nesta possibilidade a DEA permite que cada unidade ineficiente tenha uma ou várias fontes de *benchmark*, de forma a orientar a busca pela melhora de eficiência (AMADO, 2009). Com último ponto, cabe destacar que a DEA avalia o desempenho de cada DMU de múltiplas formas, podendo sugerir a minimização de inputs, a maximização de outputs ou modificações em ambos os elementos, de forma a melhorar a eficiência das equipes situadas fora da fronteira eficiente. O quadro 3 apresenta a relação de *inputs* e *outputs* utilizados neste trabalho para a avaliação da eficiência das equipes de saúde da família.

DIMENSÃO DE ESTRUTURA	DIMENSÃO DE RESULTADOS
INPUTS	OUTPUTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe completa</li> <li>▪ Percentual de vínculos não precários na equipe</li> <li>▪ Tempo de permanência na equipe, em meses do médico</li> <li>▪ Porcentagem de clínicas nas quais os profissionais de nível superior atendem (médico e enfermeiro).</li> <li>▪ Proporção de população sob responsabilidade <i>versus</i> preconizada</li> <li>▪ Proporção de profissionais que realizaram o curso introdutório na equipe</li> <li>▪ Total de horas de treinamento da equipe</li> <li>▪ Percentual de itens disponíveis para equipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de consultas programas dentre as consultas realizadas pela equipe.</li> <li>▪ Percentual de ações desenvolvidas</li> </ul>

**Quadro 3 – Matriz de inputs e outputs utilizados na análise de eficiência.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Todas as análises foram conduzidas através de softwares especificamente dedicados para a análise de DEA (*Banxia Frontier Analyst*) e para a descrição de dados (SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*). As equipes que apresentaram uma quantidade substancial de dados faltantes em relação aos *inputs* e *outputs* selecionados foram excluídas das análises, uma vez que DEA apresenta restrições quanto a valores faltantes ou iguais a zero. Após este procedimento de consolidação restaram 437 equipes.

O quadro a seguir sintetiza os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa.

<b>Objetivo da pesquisa</b>	Identificar de que maneira as diferentes práticas de GRH se relacionam às medidas de eficiência no cumprimento de processo de trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família.
<b>Natureza da pesquisa</b>	Descritiva-explicativa
<b>Universo da pesquisa</b>	512 equipes de saúde da família de Belo Horizonte
<b>Amostra corrigida de pesquisa</b>	437 equipes de saúde da família que atendiam aos requisitos necessários para a análise por meio de DEA <sup>9</sup>
<b>Coleta de dados</b>	Dados oriundos do projeto de pesquisa para <i>Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte</i>
<b>Categorias de análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eficiência no cumprimento de ações de oferta de cuidado em saúde (atendimento a agravos e programação de consultas)</li> <li>▪ Práticas de GRH (fixação, treinamento e desenvolvimento e composição das equipes)</li> <li>▪ Infraestrutura física disponível para as equipes de saúde da família</li> </ul>

**Quadro 4 – Síntese dos procedimentos metodológicos.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

<sup>9</sup> Inexistência de *missings*

## **6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS**

A apresentação dos resultados foi realizada de acordo com as categorias do modelo de análise proposto. Inicialmente foram abordados aspectos referentes à distribuição dos dados correspondentes aos *inputs* e *outputs* utilizados antes da realização da análise de DEA. A distribuição relativa dos mesmos forneceu uma primeira visão geral do comportamento das equipes de saúde de Belo Horizonte, no que tange às categorias de análise escolhidas para a composição do modelo adotado neste estudo.

Após a abordagem dos dados brutos foram analisados os escores de eficiência auferidos pelas equipes de saúde. Este escore forneceu uma medida da eficiência no cumprimento das diversas ações relacionadas ao processo de oferta de cuidado listadas no quadro 2 e foi a medida considerada para a avaliação do desempenho das equipes de saúde de Belo Horizonte.

Uma vez analisados os indicadores de eficiência foram abordados os indicadores que compõem a dimensão de processo de forma individualizada. Tanto aspectos referentes ao cumprimento de ações de prevenção e promoção à saúde, quanto aspectos referente às ações curativas pertinentes a cada agravo. Para cada indicador listado no quadro 2 foram discutidos os potenciais de melhora para a projeção de mais equipes na fronteira eficiente. Por último foram considerados os indicadores vinculados à dimensão de estrutura tanto em relação aos aspectos físicos quanto à dimensão de RH.

## 6.1 DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS REFERENTES AOS INDICADORES DE ESTRUTURA (*INPUTS*) E PROCESSO (*OUTPUT*)

Uma análise preliminar sobre o comportamento dos dados ilustra que as equipes de Belo Horizonte cumprem em média 65,3% das ações de cuidado vinculadas aos grupos prioritários destacados no quadro 2<sup>10</sup>. Além disso, 57,7% das consultas realizadas pelos profissionais das equipes de saúde são realizadas com programação prévia. Dentre um total de 190 itens para funcionamento adequado das equipes de saúde, dentre eles instalações, equipamentos, medicamentos, materiais e insumos, as equipes de Belo Horizonte contam uma média de 78,3% destes itens.

Exceto para a regional Centro Sul, todas as demais regionais contam como uma média de população por equipe superior ao estipulado pela PNAB<sup>11</sup>. A média da cidade ficou 13% acima do preconizado. Uma população adscrita superior ao estipulado aumenta a necessidade de atenção por demanda espontânea e dificulta a realização do planejamento de ações para a oferta de serviços.

Para fins de comparação da variável equipe completa foram desconsideradas equipes que não contavam com a figura do médico ou do enfermeiro. Isso se deu de forma a diferenciar a eficiência das equipes com base nas ações que estes dois profissionais realizavam ou deixavam de realizar e não com base na impossibilidade de realização de ações calcada na ausência de um, ou ambos os profissionais. Uma equipe que não conta com um médico, ou enfermeiro, teria a sua probabilidade de ineficiência aumentada por características outras que não a eficiência na articulação entre *inputs* e *outputs*, uma vez que diversas atividades deixariam de ser executadas pela ausência de um profissional. De maneira geral a composição das equipes de saúde está próxima de 94%, o que dizer

---

<sup>10</sup> Página 81

<sup>11</sup> 3450 pessoas por equipe.

que há uma grande quantidade de equipes com profissionais de medicina, enfermagem, de nível superior e técnico, bem como ACS em quantidade adequada frente à população adscrita. As disparidades em relação ao valor de 100%, que indica as equipes completas, se devem à inadequação da quantidade de ACS frente ao total de população com o qual a equipe tem responsabilidade<sup>12</sup>.

Consideradas de modo global as equipes da cidade contam com um percentual de 88,7% de vínculos estáveis. Média superior àquela encontrada no Brasil junto ao monitoramento de 2008 da ESF, que era de 41,5% (Barbosa et al, 2009b). O tempo de permanência dos profissionais de medicina é em média de 3 anos, valor superior àquele observado no país quando comparado com os dados do monitoramento de 2008 (Barbosa et al, 2009b). De maneira geral, ambos os profissionais de nível superior das equipes atendem em mais de 90% das clínicas básicas preconizadas pelo modelo da APS, o que revela um perfil de atuação generalista consolidado. Em referência à quantidade de profissionais que cursaram o curso introdutório em média 59% o fizeram e a carga horária média dos profissionais das equipes é de 570 horas. Em relação à distribuição dos dados referentes aos indicadores cabe destacar que os mesmos não apresentaram uma distribuição normal. Conforme destacado anteriormente este fato motivou a utilização de técnicas não-paramétricas de análise de dados, uma vez que estas se adequam melhor aos dados.

---

<sup>12</sup> Mais de 750 pessoas por ACS.

Tabela 1 – Distribuição dos dados.

Distritos	Indicadores de processo - <i>Outputs</i>				Indicadores de estrutura - <i>Inputs</i>																	
					Estrutura física		Recursos Humanos															
	% de ações desenvolvidas		% de consultas programadas		% de itens de estrutura disponíveis para a equipe		% população preconizada		% de profissionais da equipe mínima		% Vínculo não precário na equipe		Tempo permanência médico em meses		% de clínicas que os médicos atendem		% de clínicas que os enfermeiros atendem		% de profissionais que realizaram curso introdutório		Carga horária de treinamento média dos profissionais da equipe	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Barreiro	62,0	9,1	51,9	14,1	78,7	1,6	114,5	26,7	95,9	7,8	87,1	10,5	36,08	34,79	97,3	8,9	93,9	12,5	63,6	16,8	563,64	95,08
Centro Sul	63,3	7,5	75,0	16,9	78,0	2,4	75,8	16,1	84,9	14,1	94,5	9,6	43,84	37,45	89,0	17,8	80,0	17,7	60,9	14,8	589,51	127,92
Leste	68,3	9,0	55,6	19,3	79,5	2,4	127,5	57,4	93,6	10,2	89,5	11,1	45,92	37,23	88,5	21,7	85,8	19,1	61,4	14,2	619,70	151,55
Nordeste	68,3	9,4	52,8	17,6	77,9	3,0	113,4	30,3	94,0	9,2	86,7	11,7	33,24	33,47	95,2	14,8	96,8	10,5	60,1	17,0	545,80	123,84
Noroeste	61,8	8,8	55,9	19,4	80,6	3,4	127,5	31,3	97,7	6,0	91,0	10,3	36,66	28,80	98,6	5,8	95,7	9,5	59,1	14,0	532,96	133,71
Norte	70,7	9,7	45,0	19,7	74,5	2,5	110,2	27,4	96,2	7,0	82,7	16,1	28,51	24,72	96,3	14,3	89,6	17,7	49,9	15,0	598,41	320,43
Oeste	65,2	8,2	67,7	22,1	78,1	3,0	103,5	38,9	88,9	17,6	94,2	8,4	45,33	35,54	90,2	17,4	86,3	16,8	66,3	12,2	639,43	233,19
Pampulha	62,0	10,7	59,1	16,1	79,5	2,9	134,5	61,9	96,0	8,9	91,2	10,5	41,55	34,00	96,6	8,8	96,6	8,8	52,3	16,9	520,89	169,77
Venda Nova	66,6	7,8	64,8	24,9	77,3	3,4	109,2	26,9	96,8	9,5	85,5	11,0	29,69	25,17	98,8	5,4	98,8	5,4	59,2	15,6	552,85	115,28
Belo Horizonte	65,3	9,3	57,7	20,8	78,3	3,2	113,9	37,1	94,4	10,7	88,7	11,6	36,78	32,30	95,3	13,4	92,7	14,1	59,9	15,7	570,81	171,47

Fonte: Elaborado pelo Autor

Em relação à distribuição dos dados referentes aos indicadores cabe destacar que os mesmos não apresentaram uma distribuição normal. Conforme destacado anteriormente este fato motivou a utilização de técnicas não-paramétricas de análise de dados, uma vez que estas se adequam melhor aos dados. O anexo 1 apresenta os histogramas referentes a cada um dos *inputs* e *output* considerados para fins de análise. Dentre os indicadores que apresentaram uma distribuição assimétrica positiva podemos destacar:

- % de ações desenvolvidas;
- % de consultas programadas;
- % de itens de estrutura disponíveis para a equipe;
- % população preconizada;
- Tempo permanência médico em meses e;
- Carga horária de treinamento média dos profissionais da equipe.

No que se refere à curtose não foi observada nenhuma distribuição atendesse aos pressupostos de normalidade assim os indicadores que apresentaram uma distribuição platicúrtica foram:

- % de ações desenvolvidas;
- % de consultas programadas;
- % de itens de estrutura disponíveis para a equipe;
- % Vínculo não precário na equipe;
- Tempo permanência médico em meses;
- % de clínicas que os enfermeiros atendem e;
- % de profissionais que realizaram curso introdutório

Os dados referentes à assimetria observada, bem como referentes à curtose auxiliam no entendimento da relação existente entre a média e o desvio-padrão dos dados. Assim, as distribuições achatadas tem uma razão maior entre os valores observados entre o desvio padrão e a média como, por exemplo o indicador de tempo de permanência do médico.

## 6.2 DIMENSÃO DE PROCESSO – ESCORES DE EFICIÊNCIA

Os escores de eficiência de DEA remetem a quão bens as equipes conseguem articular os diversos inputs referentes aos aspectos de estrutura e RH para cumprir os itens elencados na dimensão de processo. As equipes que obtiverem as melhores relações entre os níveis de *inputs* (aspectos relacionados à estrutura) e os níveis de *outputs* (processo) são consideradas eficientes. Assim o escore de eficiência é um indicador do desempenho relativo à dimensão de processo do modelo de Donabedian.

Dentre as 512 equipes de saúde da família existentes em Belo Horizonte somente 437 apresentaram os dados referentes a todos os indicadores de *input* e *output* sem a existência de *missings*. DEA é uma técnica especialmente sensível à existência de valores zerados o que implica na necessidade de substituí-los por valores diferentes. Neste trabalho fez-se a opção de preservar os dados que refletissem a realidade da forma mais próxima possível e, portanto, aquelas equipes que apresentavam *missings* foram excluídas das análises.

A observação dos escores de eficiência das equipes mostra que há equipes eficientes em todos os distritos sanitários de Belo Horizonte. Este dado se revela como importante, uma vez que DEA permite a identificação de equipes eficientes que possam assumir uma posição de unidade de referência. Uma DMU que é definida como unidade de referência para uma terceira apresenta práticas mais próximas daquelas desempenhadas pela DMU ineficiente. Assim a mesma pode fornecer um norte para a promoção de melhoras junto à DMU ineficiente, de modo que a mesma possa atingir a fronteira eficiente.

A presença de DMU's eficientes em todos os distritos sanitários evidência a existência de unidades que sirvam de benchmark para as demais de forma a respeitar as

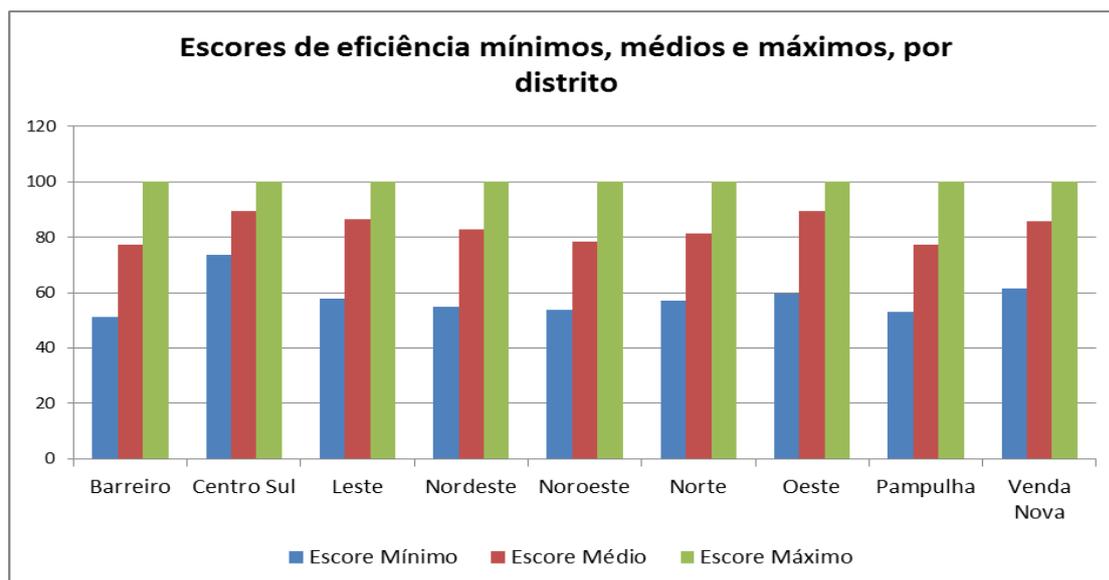
especificidades de cada distrito sanitário. Este fato assegura que as unidades de referência de cada distrito possam servir de parâmetro de comparação para a promoção de melhoras nas unidades ineficientes em cada regional de Belo Horizonte.

**Tabela 2 – Distribuição dos escores de eficiência.**

<b>Distritos</b>	<b>Equipes</b>	<b>Mínimo (Eficiência)</b>	<b>Média (Eficiência)</b>	<b>Máximo (Eficiência)</b>	<b>Desvio Padrão (Eficiência)</b>
Barreiro	66	51,32	77,26	100,00	11,2154
Centro Sul	25	73,60	89,42	100,00	9,9892
Leste	37	57,83	86,41	100,00	10,1435
Nordeste	63	54,84	83,01	100,00	12,1003
Noroeste	70	53,79	78,28	100,00	11,2262
Norte	41	57,22	81,25	100,00	12,7697
Oeste	51	59,65	89,41	100,00	11,3499
Pampulha	22	52,94	77,40	100,00	13,1162
Venda Nova	62	61,61	85,61	100,00	11,7889
<b>Belo Horizonte</b>	<b>437</b>	<b>51,32</b>	<b>82,71</b>	<b>100,00</b>	<b>12,3639</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

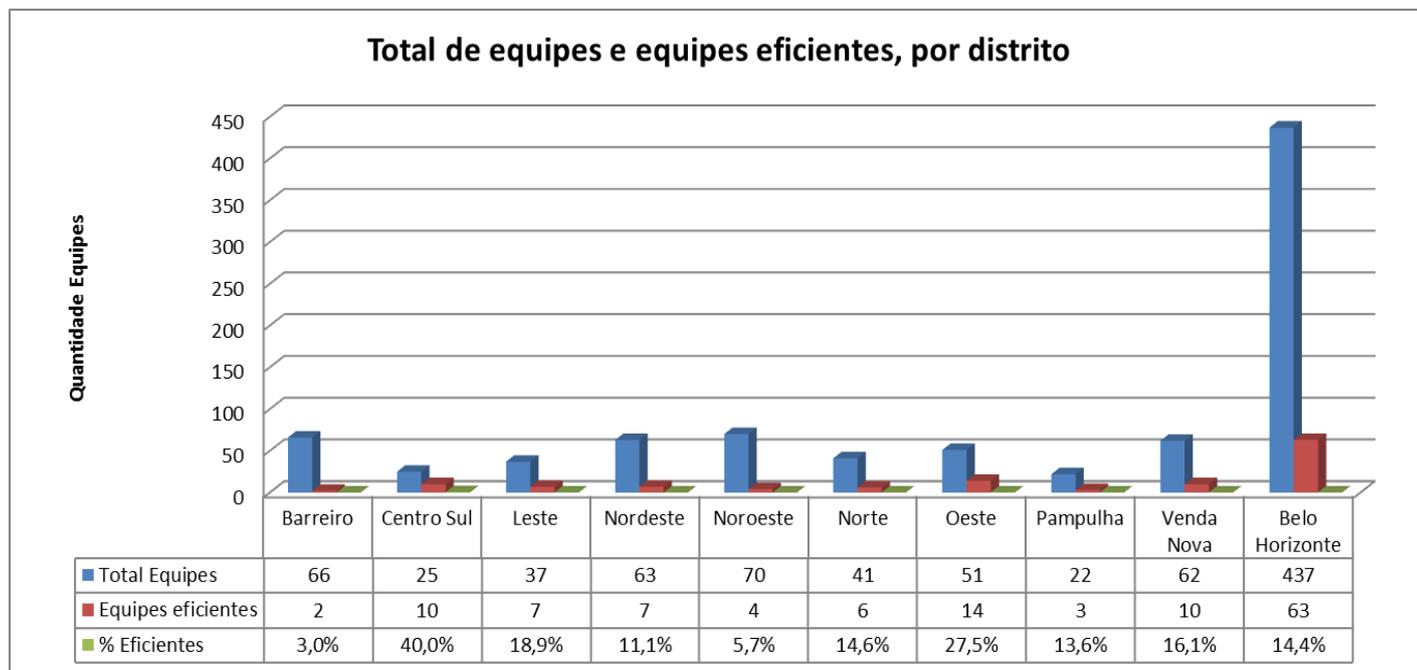
Os escores médios de eficiência para a cidade foram relativamente elevados. Apenas três distritos não atingiram um escore médio superior a 80 o que revela um bom padrão geral para o desempenho das equipes de saúde da família. O desvio padrão apresentado se justifica em função da distribuição dos dados que não segue a curva normal.



**Gráfico 1 – Escores de eficiência por distrito.**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os distritos Centro-Sul, Leste, Oeste e Venda Nova obtiveram as melhores médias de eficiência, no que se refere ao atendimento da população e na realização de consultas programadas. As regionais Centro-Sul e Oeste foram aquelas que apresentaram o maior percentual de equipes eficientes como pode ser observado na tabela seguir.



**Figura 6 – Quantidade de equipes eficientes por distrito.**

Fonte: Elaborado pelo Autor

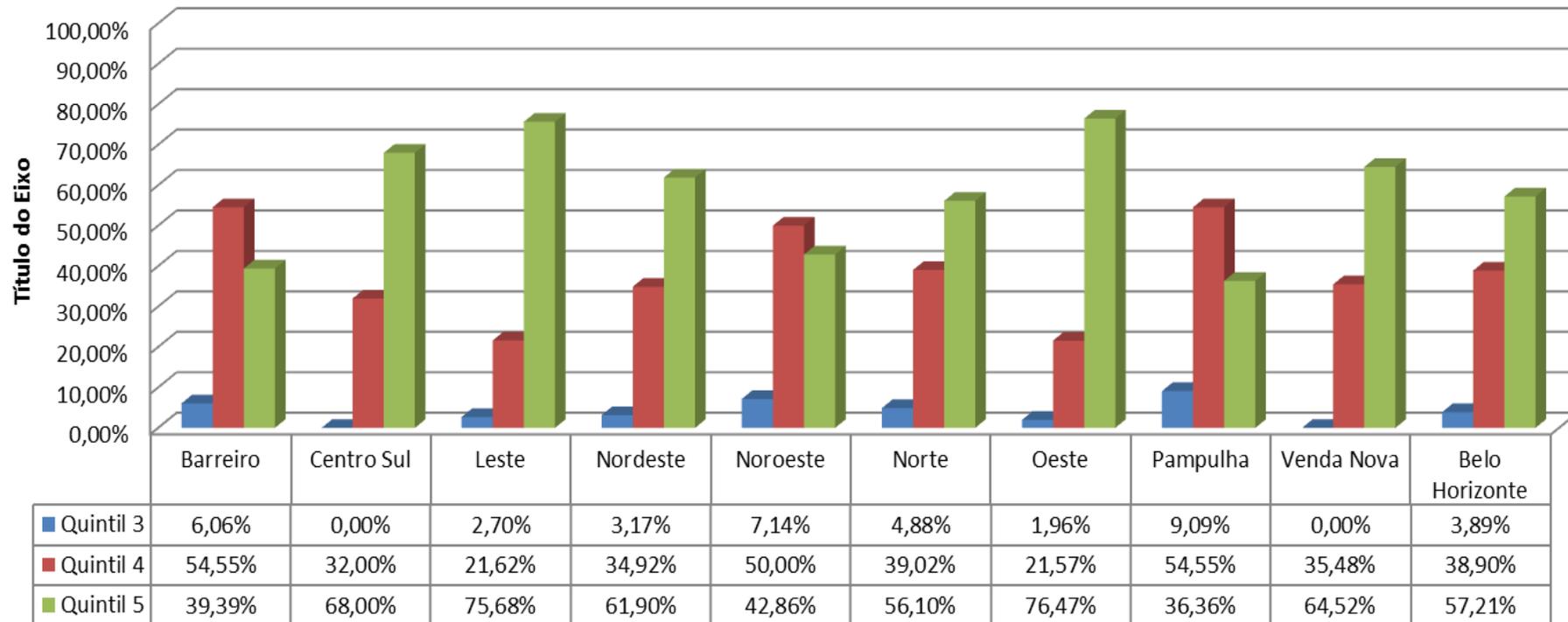
Um percentual mais elevado de equipes eficientes no distrito fornece aos gestores em saúde maiores possibilidades de melhora para as equipes ineficientes, uma vez que os parâmetros de *benchmark* são mais diversos e por conta disso as possibilidades de se aproximar o padrão de cumprimento de ações das equipes ineficientes da fronteira eficiente aumentam. A existência de várias equipes eficientes no mesmo distrito indica que o perfil de unidades que servem como *benchmark* para as demais é mais amplo, tal elemento conjugado com características de clientela e de gestão semelhantes aumenta as possibilidades de se buscar melhoras para as equipes ineficientes. No caso da regional Barreiro e Noroeste a quantidade reduzida de equipes eficientes indica a necessidade de

atenção por parte da gestão municipal, no que tange os *inputs* e *outputs* utilizados no processo de análise.

A análise da distribuição dos escores de eficiência por quintil dá uma visão mais ampla da distribuição da eficiência observada junto às equipes. Os dados do gráfico a seguir destacam que 96,11% das equipes de Belo Horizonte apresentam um patamar de eficiência superior a 60%. Aquelas equipes que não foram consideradas eficientes não foram localizadas muito distante da fronteira eficiente o que revela um padrão de eficiência das equipes interessante quando se pondera sobre a necessidade de ofertar cuidado em saúde da melhor forma possível.

Alguns distritos sanitários apresentam mais de 70% de suas equipes com um padrão de eficiência acima de 80%, como é o caso do distrito Leste e Oeste. O distrito Leste chama a atenção pela distribuição das equipes ao longo dos quintis e pela quantidade de equipes eficientes na mesma, apesar de apenas 18,9% das equipes serem consideradas eficientes há uma porcentagem grande de equipes próximas à fronteira eficiente, uma vez que o último quintil dos escores de eficiência aglutinou quase 76% das equipes. Este dado revela que modificações simples podem contribuir para realocar uma parcela significativa das equipes ineficientes junto à fronteira eficiente. A regional Pampulha e o Barreiro foram aquelas que apresentaram a menor quantidade de equipes alocadas no último quintil de desempenho, ambas como menos de 40%. Os dados vinculados a estas regionais indicam que os esforços necessários para elevar as equipes ineficientes ao patamar de eficientes serão mais complexos, já que a distância entre o status atual e o desejável é maior.

### Distribuição dos escores de eficiência por quintil



**Figura 7 – Distribuição dos escores de eficiência por quintil de eficiência.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor

### 6.3 ANÁLISE INDIVIDUALIZADA DOS INDICADORES DE PROCESSO - *OUTPUTS*

A análise de DEA pode sugerir melhoras nos níveis de entrega de *outputs* para que as equipes ineficientes sejam consideradas eficientes. Assim aquelas equipes situadas aquém da fronteira eficiente podem melhorar a relação entre a utilização de *inputs* e a entrega de *outputs* para que possam ser consideradas eficientes. Dessa forma, a observação de incremento de *outputs* fornece uma análise útil para se dimensionar as melhorias necessárias, para que mais equipes sejam consideradas eficientes.

Tomando-se por referência os dois indicadores de *output* considerados observa-se que as equipes de saúde precisam aumentar a quantidade de consultas programadas, mais que a realização de atividades de cuidado, para que haja uma quantidade maior de equipes eficientes.

O gráfico a seguir ilustra situações nas quais onde o valor médio de melhoramento para que mais equipes atinjam a fronteira eficiente pode ser de até 99,65% na regional Norte. Isso quer dizer que para o distrito Norte o percentual médio de melhora para que mais equipes situem-se na fronteira eficiente<sup>13</sup> é de quase 100%, ou seja as equipes, em média, precisam dobrar a quantidade de consultas programadas que realizam para que possam ser declaradas referências em termos de entrega de resultados quando comparadas a seus pares. Ao se considerar os valores agregados que refletem as necessidades de melhora referentes à cidade como um todo, as equipes belo-horizontinas deveriam aumentar a realização de consultas programadas em 40,77%, simultaneamente, a um aumento na cobertura de ações vinculadas ao cuidado dos diversos grupos considerados para fins de análise em 24,32%. Os distritos Centro Sul e Oeste apresentam um padrão equilibrado de necessidades de melhora. Este dado

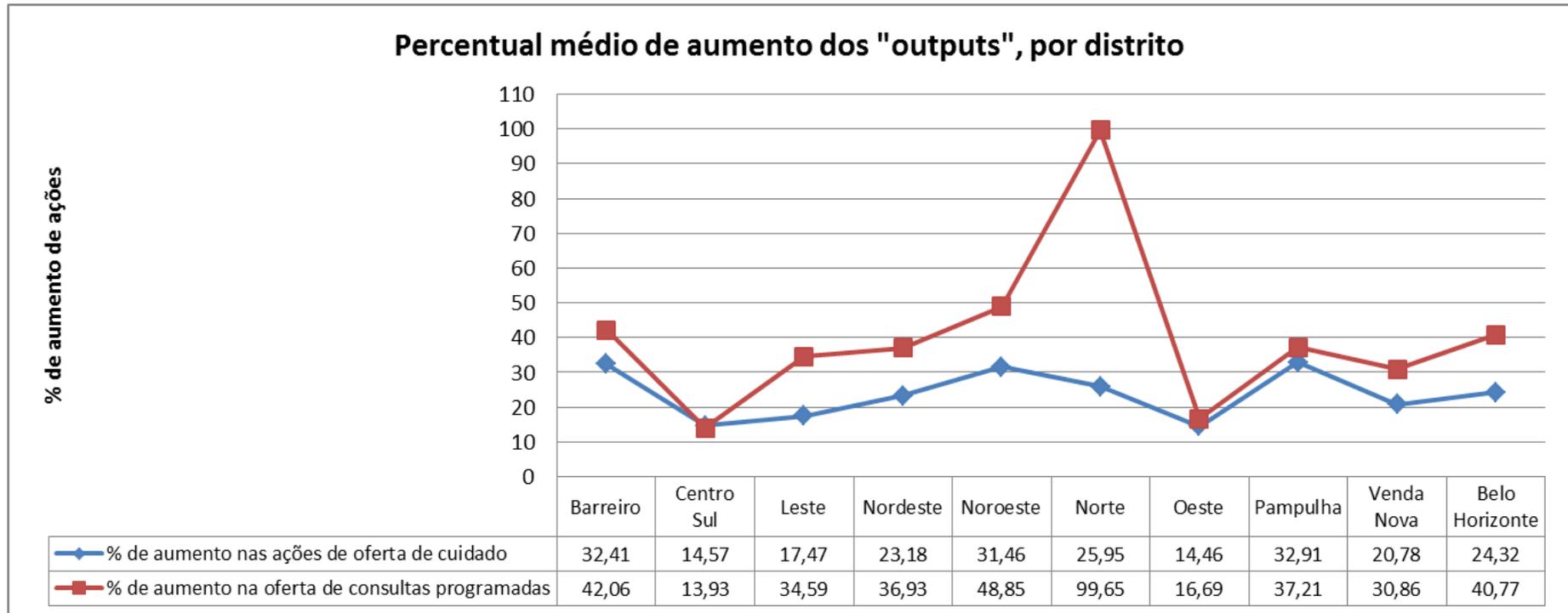
---

<sup>13</sup> Esse valor precisa ser conjugado com os melhoramentos potenciais vinculados às ações de oferta de cuidado e com os respectivos níveis de melhor nos *inputs*.

conjugado com a análise de distribuição de quintil de eficiência revela que esforços simples poderiam elevar o padrão de eficiência das equipes alocadas nestes distritos, uma vez que o potencial de melhora na entrega de *outputs* para estes distritos é menor em comparação com os demais.

Há outros distritos sanitários que necessitam de uma atenção mais detalhadas, uma vez que os esforços para poder elevar as equipes ineficientes à fronteira exigiram ações mais profundas e possíveis reorganizações nas equipes. Os distritos de Venda Nova, Barreiro, Nordeste e Noroeste e Pampulha apresentam um potencial de melhora na entrega de ambos os *outputs* considerados mais elevados que os das demais regionais. Este fato revela a necessidade de melhorar a adesão das ações das equipes de saúde para como o modelo preconizado pela APS. O desenvolvimento de consultas programadas, bem como uma ampla cobertura de ações voltadas para prevenção, promoção e cura de doenças, para os diversos grupos prioritários para a ESF, é de fundamental importância para se garantir uma APS forte e mantém forte relação com as práticas cotidianas de trabalho relacionadas aos profissionais de saúde.

O norte para a promoção de melhorias junto as estes distritos que apresentaram a necessidade de realização de incrementos mais substanciais pode se dar pela via da comparação com equipes eficientes alocadas nestes mesmos distritos. A avaliação das práticas desenvolvidas por estas equipes pode fornecer pistas eficazes para uma reorientação de práticas no âmbito das equipes ineficientes de modo a elevar seu padrão de eficiência no cumprimento de ações e na oferta de consultas programadas no escopo da ESF.



**Figura 8 – Melhoramentos potenciais médios para aumento da quantidade de equipes eficientes.**

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 6.4 ANÁLISE DOS INDICADORES DE ESTRUTURA - *INPUTS*

Além da orientação para *outputs*, DEA permite, através de modelos alternativos, que melhoramentos sejam sugeridos simultaneamente nos *inputs* e nos *outputs*. O escore de eficiência atribuído a cada equipe se dá em função das relações entre cada grupo de *inputs* e *outputs* em comparação com as unidades eficientes. Assim, sugestões de melhoras nas relações entre cada *input/output* podem gerar um ganho substancial na eficiência das equipes. O software utilizado para a realização das análises de DEA nos fornece um panorama geral entre os valores atuais, apresentados pelas diversas equipes, e os *targets* que devem ser buscados pelas equipes ineficientes para que alcancem melhoras em seu escore de eficiência. Esta análise da diferença entre os valores atuais e os valores desejáveis, fornece uma importante informação para a gestão em saúde, uma vez que possibilita aos gestores identificar *inputs*<sup>14</sup> que podem contribuir de modo significativo para que as equipes de saúde da família atinjam o status de eficiente. Cabe destacar que, para que se possa elevar a eficiência das equipes de forma a situar as mesmas na fronteira eficiente, os melhoramentos relacionados tanto aos *inputs* quanto aos *outputs* precisam ser considerados simultaneamente.

O foco do presente trabalho é examinar em que medidas aspectos relacionados à dimensão de RH podem contribuir para uma melhora na eficiência observada junto às equipes. Dessa forma, a análise de melhoramentos potenciais vinculados a *inputs* é uma importante ferramenta capaz de direcionar esforços de GRH de maneira tal a buscar a promoção de melhoras junto à eficiência na oferta de cuidado em saúde alinhado aos preceitos da ESF. Além disso, se configura como uma ferramenta capaz de fomentar ações de cunho prático com foco na melhora no desempenho das equipes.

---

<sup>14</sup> No caso específico do modelo orientado a produtos.

Tabela 3 – Percentual de melhoramentos potenciais dos *inputs* para aumento da eficiência das equipes.

Distritos	Média Estrutura	DP	Média População adscrita	DP	Média Equipe completa	DP	Média Vínculo não precário	DP	Média Tempo de permanência	DP
Barreiro	1,753	4,418	-14,923	14,435	1,836	6,121	12,724	17,264	144,956	337,753
Centro Sul	2,820	3,928	-0,972	5,416	6,500	15,547	3,932	9,574	251,016	1150,579
Leste	0,103	2,804	-16,824	22,288	5,754	14,220	9,203	15,328	163,562	518,050
Nordeste	1,883	4,792	-15,402	15,218	3,967	8,675	12,243	17,995	208,229	538,360
Noroeste	0,550	3,042	-23,050	17,087	3,686	7,490	9,069	15,178	325,317	954,844
Norte	2,020	4,354	-11,176	14,670	1,329	5,059	16,588	26,797	185,917	411,817
Oeste	2,094	5,023	-9,500	14,949	2,863	13,240	2,435	5,323	72,896	195,852
Pampulha	0,227	2,123	-21,232	22,310	4,014	10,211	6,695	10,266	225,300	461,051
Venda Nova	2,295	5,389	-14,161	14,659	1,424	4,409	13,227	14,329	334,140	919,666
<b>Belo Horizonte</b>	<b>1,565</b>	<b>4,327</b>	<b>-14,882</b>	<b>16,769</b>	<b>3,162</b>	<b>9,368</b>	<b>10,198</b>	<b>16,469</b>	<b>216,930</b>	<b>673,448</b>

Continuação

Distritos	Média clínicas médico	DP	Média clínicas enfermeiro	DP	Média Profissionais com treinamento Introdutório	DP	Média carga de treinamento da equipe	DP
Barreiro	7,348	14,872	4,950	16,629	9,024	19,331	13,479	17,800
Centro Sul	16,628	33,467	16,568	30,183	9,072	19,082	5,616	8,374
Leste	28,932	65,885	20,362	31,371	12,197	25,453	7,408	12,078
Nordeste	12,490	41,788	5,249	15,751	13,759	34,322	14,579	17,486
Noroeste	5,833	9,039	5,679	12,096	12,557	36,314	48,980	283,108
Norte	2,773	16,733	14,817	47,174	28,568	70,910	37,456	107,308
Oeste	15,147	45,607	13,724	26,091	8,073	21,592	16,616	58,694
Pampulha	5,755	11,209	3,414	7,828	34,077	61,453	41,332	91,053
Venda Nova	3,611	7,762	1,879	7,607	13,284	20,013	20,998	97,733
<b>Belo Horizonte</b>	<b>10,076</b>	<b>32,333</b>	<b>8,516</b>	<b>23,648</b>	<b>14,132</b>	<b>36,171</b>	<b>23,445</b>	<b>127,240</b>

O *input* de estrutura foi inserido nas análises como uma variável de controle. DEA implica que as diversas DMU analisadas tenham condições iguais, no que se refere à existência dos elementos de análise. Assim equipes sem informação de estrutura não poderiam ter sua eficiência comparada com outras com informações sobre esta dimensão, uma vez que a oferta de cuidado depende de medicamentos, instalações, equipamentos e insumos. A técnica permite que hajam diferenças entre os níveis de estrutura, mas recomenda que DMU sem informações (*missings*) sobre um determinado *input* ou *output* não sejam consideradas, para que comparações espúrias não sejam realizadas.

A média referente aos melhoramentos potenciais quanto à questão da estrutura ficou próxima de 1,5% o que situa este *input* num plano secundário dentre as possibilidades de melhora com foco em eficiência. Os dados analisados neste trabalho abarcam apenas um município o que ajuda a explicar a pouca variabilidade deste *input*, no que tange à possibilidade de melhora na eficiência, já que o fornecimento de infraestrutura de trabalho para as equipes conta com uma gestão municipal centralizada mais significativa.

Os demais *inputs* incluídos nas análises mantem relação com a dimensão de RH em suas diferentes perspectivas. A questão do percentual de população preconizada foi um dos itens que mereceu destaque. De maneira geral os dados revelam que para que mais equipes possam ser consideradas eficientes é preciso reduzir em média, para a cidade como um todo, 14,88% da quantidade de pessoas sob responsabilidade de cada equipe. As regionais Pampulha e Noroeste precisam diminuir a quantidade de pessoas sob responsabilidade de suas equipes em mais de 20% o que revela uma situação de excesso de contingente populacional e escassez de equipes de saúde da família. Uma população acima do preconizado contribui negativamente para as ações desempenhadas no âmbito das equipes de saúde, uma vez que contribui para o aumento da demanda espontânea, dificulta a programação de ações e a realização de esforços

para o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. O índice de cobertura da ESF na cidade também fornecer pistas para o entendimento desta situação, uma vez que o mesmo é de 73% e acena para a necessidade de aumento do número de equipes de saúde da família em Belo Horizonte.

Conforme mencionado anteriormente as diversas DMU, para poderem ser comparadas em termos de eficiência relativa, precisam contar com um aparato mínimo idêntico que permita a realização de diferenciações pelo padrão de eficiência e não pela ausência de elementos fundamentais. Dessa forma, para fins de diferenciação entre as equipes completas e não completas a figura do ACS foi determinante. A PNAB recomenda que cada equipe de saúde conte com ACS na proporção de 1 para 750 pessoas. Assim as equipes de contavam com esta proporção de ACS/população foram consideradas completas e aquelas que não foram situadas na categoria de incompletas. Como todas as equipes analisadas contavam com as quantidades preconizadas pela PNAB, no que se refere às categorias de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem os dados da análise refletem a necessidade de modificações na quantidade de ACS, para que mais equipes possam ser eficientes. A análise dos dados indica que seria necessário um aumento de 3% na quantidade de ACS para que mais equipes de Belo Horizonte fossem eficientes, o que deixa esta variável numa dimensão secundária em termos de importância quando se pondera sobre ações mais efetivas com foco em eficiência.

Em relação à modalidade de vinculação dos profissionais de saúde os dados mostram que se, de maneira geral, houvesse um incremento de 10% nos vínculos não-precários para as equipes alocadas em Belo Horizonte, um percentual maior de equipes atingiria o status de eficiente. Apesar de superado o momento inicial na APS, na qual a vinculação precária preponderava entre os profissionais de saúde, este elemento ainda pode ser enxergado como uma fonte de melhora potencial na eficiência da oferta de cuidado. Estudo realizado em 2009, por Coelho et al indicava que a quantidade de vínculos precários dos profissionais de saúde em Belo

Horizonte estava em expansão. A constatação desta tendência mobilizou esforços governamentais para a reversão deste cenário, fato confirmado pelos dados do presente trabalho. A expansão de vínculos precários não atingiu as equipes de saúde da família belo horizontinas o que é um bom indicativo em termos de gestão em saúde, mas a situação observada ainda pode melhorar.

O vínculo estável facilita o cumprimento das ações inerentes ao modelo da ESF, além de permitir que os profissionais de saúde conheçam a comunidade na qual se inserem e modelem a oferta de ações de caráter preventivo e curativo de acordo com as necessidades locais. Além disso, favorece o fortalecimento da vinculação entre os profissionais de saúde e a população atendida de modo a melhorar diversos aspectos do cuidado, como por exemplo, a adesão ao tratamento.

A variável de tempo de permanência merece uma abordagem cuidadosa. A mesma foi responsável pela maior média, no que se relaciona às possibilidades de melhora. A fixação de profissionais e as dificuldades que a ESF vem enfrentando para assegurá-la são temas que têm permeado o debate sobre gestão em saúde há vários anos. Apesar dos esforços empreendidos ao longo deste tempo a mesma ainda assim é o maior foco de melhora potencial no município analisado. Pesa ainda o fato de que Belo Horizonte é a capital do estado e conta com diversos elementos considerados atrativos para profissionais de saúde da APS o que não ocorre em municípios menores, isso nos conduz a pensar sobre uma possível situação mais grave deste elemento em municípios de menor porte. Para que mais equipes fossem consideradas eficientes o tempo de permanência do profissional médico deveria mais que dobrar. Nas regionais Noroeste e Venda Nova o mesmo deveria ser o triplo do que os valores observados atualmente, em média. O investimento na fixação de profissionais junto às equipes de saúde da família merece atenção graças ao potencial exibido pelo mesmo, no que tange à possibilidade de projetar mais equipes na fronteira eficiente.

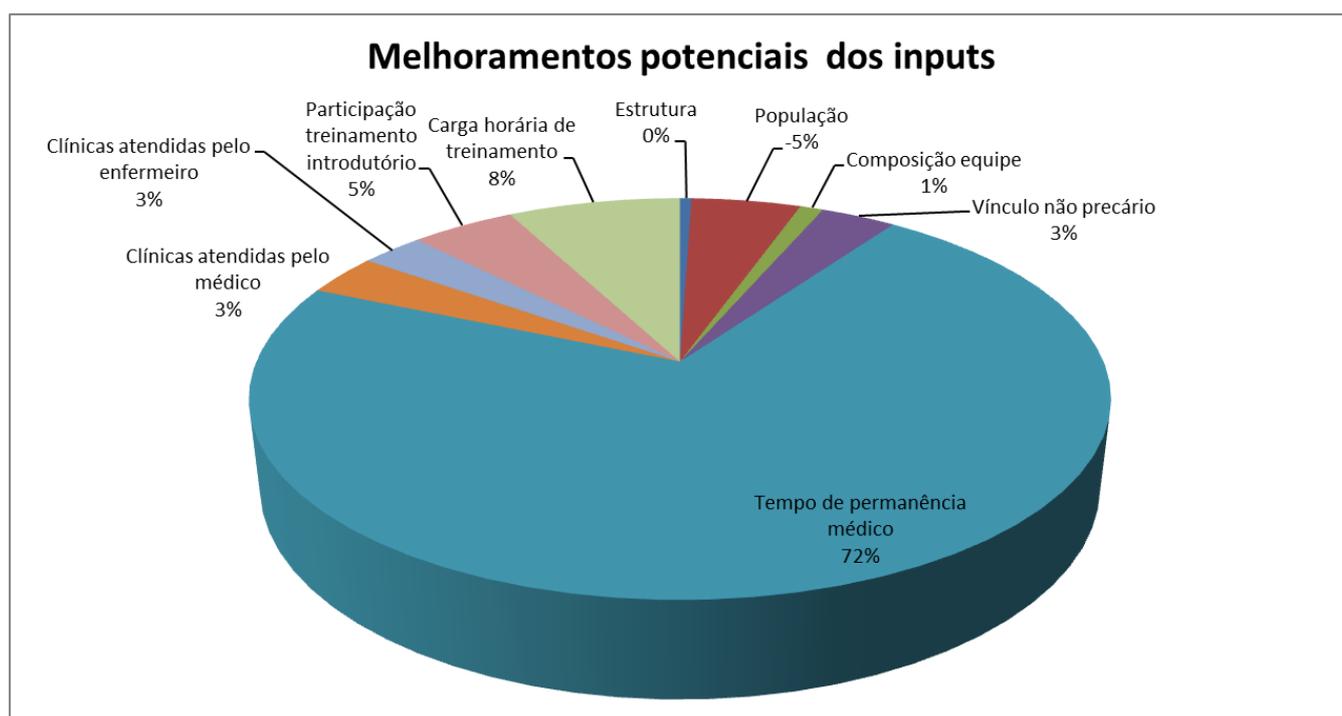
A amplitude de clínicas cobertas pelos profissionais clínicos de saúde revelou um pequeno potencial de melhora nos índices de eficiência observados junto às equipes. Este dado revela que o perfil generalista, necessário ao bom desempenho das atividades vinculadas à ESF, está consolidado.

Outro ponto que merece destaque é a possibilidade de melhora na eficiência pelo aumento da quantidade de profissionais que participaram do curso introdutório de saúde da família. O curso introdutório tem por finalidade fornecer conhecimentos adicionais àqueles oriundos do processo de formação tradicional em saúde, uma vez que o modelo de ações vinculado à APS não é bem abordado nos cursos de graduação (MENDES, 2002). Assim os profissionais de saúde nem sempre contam com subsídios para uma atuação satisfatória junto à ESF, já que nem sempre foram expostos aos conceitos e ao modelo de atenção pautado pela prevenção e promoção à saúde. Os dados revelam que um aumento médio de 14,13% na quantidade de profissionais belo-horizontinos que tenham passado por esta etapa inicial de formação poderia contribuir para uma melhora na eficiência na oferta do cuidado. As regionais Norte e Pampulha apresentaram os maiores potenciais de melhoramento em relação a este *input* com um potencial de incremento superior a 28%, ao passo que a regional Oeste, no outro extremo, apresentou o menor percentual de incremento, no que se refere à quantidade de profissionais que deveriam participar do curso introdutório, 8%.

Seguindo a linha de raciocínio acima para a cidade como um todo, um aumento de carga horária de treinamento de 23,44% estaria associado a uma melhora nos índices de eficiência abarcados pelo modelo de análise. Cabe destacar que este indicador possui um desvio padrão elevado indicando uma intensa variabilidade nos padrões de melhoramentos potenciais. A carência em termos de formação que marca os profissionais de saúde atinge, principalmente, os aspectos do cuidado que fogem ao modelo tradicional de oferta de serviços de saúde. Assim, a realização de ações de prevenção e promoção à saúde são as atividades mais

prejudicadas, uma vez que uma atuação pregressa ao episódio agudo não é fomentada através do processo de formação usual dos profissionais de saúde. A importância dos cursos de formação ofertados no âmbito da ESF se dá no sentido de complementar a formação tradicional obtida por estes profissionais de forma a melhorar a adesão de suas práticas de oferta de cuidado para como o modelo de APS desenvolvido no Brasil. Os dados indicam que os cursos complementares são uma estratégia importante e necessária para a promoção de melhoras nos padrões de eficiência observados junto às equipes de saúde da família.

O gráfico a seguir sumariza os principais *inputs* passíveis de investimentos, para que se possa promover uma melhora na eficiência observada pelas equipes de saúde na oferta de cuidado.



**Gráfico 2 – Melhoramentos potenciais dos inputs analisados para aumento de eficiência.**

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Quanto maior o percentual do gráfico ocupado por um determinado item, maiores são as possibilidades de que investimentos nestes aspectos elevem o padrão de eficiência observado junto às equipes. O tempo de permanência, carga horária de treinamento, participação nos

cursos de treinamento introdutório e a quantidade de população sob responsabilidade das equipes foram os elementos que mais se destacaram e que poderiam ser alvo de intervenção pelas esferas de gestão, uma vez que a eficiência no cumprimento do processo de trabalho das equipes de saúde da família seja elencada como prioridade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção por adotar a APS como um eixo norteador do sistema de saúde brasileiro se deu com o intuito de melhor adequar a oferta de serviços de saúde em relação às modificações no perfil populacional observadas nos últimos 50 anos. Pesou ainda a necessidade de conferir legitimidade aos princípios que nortearam o SUS e buscar assegurar de fato acesso universal, equânime e integral à população. Apesar de muitas conquistas e vitórias ao longo dos mais de 20 anos da implantação do SUS restam ainda desafios para materializar o ideário subjacente ao nosso sistema de saúde.

Largamente aceita a via da avaliação tem se configurado como uma ferramenta sólida capaz de direcionar os esforços na busca de aprimoramentos de forma a garantir a oferta de serviços de qualidade para a população. Entretanto, Felisberto (2006) destaca que a sistematização e integração de processos de avaliação, a institucionalização da avaliação e o dimensionamento do impacto das ações são dificuldades inerentes a este processo, especialmente na APS.

Apesar da necessidade de modelar novas formas de pensar o processo avaliativo na APS, Macinko e Almeida (2006) apontam que, dentre as pesquisas desenvolvidas ao longo dos últimos anos, tem sido priorizado o diagnóstico situacional em detrimento de estudos avaliativos em profundidade dos serviços da ESF e em menor quantidade são encontrados trabalhos voltados para a análise de desempenho. Donabedian teceu esta mesma crítica em 1980 e, mesmo após 26 anos, a mesma ainda é válida o que destaca a urgência em se propor estudos avaliativos inovadores.

Hurst (2002) destaca que um tópico relevante sobre o debate das estratégias avaliativas em saúde se dá pela via da mensuração do desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade. A utilização destes três pontos como eixo de referência para a condução de ações

avaliativas contribui para uma análise mais holística e que considere os múltiplos interessados no processo de oferta de serviços de saúde, mas, mais que isso, no processo de oferta de saúde, esta última, concebida através de suas múltiplas faces e determinantes.

No delineamento de estudos com uma perspectiva mais ampla acerca do entendimento da saúde e na definição de parâmetros de desempenho, a utilização do modelo concebido por Donabedian permite a geração de evidências, diretas ou indiretas, sobre como os diversos elementos de estrutura e processo se articulam de forma a produzir os resultados desejados em saúde. Starfield (1992) destaca que estudos avaliativos que considerem elementos estruturais e processuais contribuem para o melhor entendimento de aspectos atrelados às dificuldades inerentes à promoção de melhoras junto à APS. Através dos inter-relacionamentos destas duas dimensões é possível se fazer inferências sobre a qualidade do cuidado ofertado em uma dada circunstância. Considerando esses dois elementos a questão de RH cresce em importância e os estudos avaliativos em saúde que consideram esta perspectiva tem se deparado com dificuldades de ordem conceitual e metodológica.

No âmbito dos desafios conceituais pesam múltiplos fatores que interferem na concepção de modelos capazes de abarcar a amplitude de determinantes que regem os serviços de saúde. A saúde é multideterminada e diferentes entendimentos acerca dos atributos capazes de gerar interferência na mesma, fomentam diferentes perspectivas avaliativas. Dessa forma, diferentes marcos podem ser considerados para fins de avaliação de RH em saúde. Além dos obstáculos inerentes à saúde em si, há aqueles intrínsecos ao próprio processo de avaliação de RH. Os estudos sobre avaliação de impacto de práticas de GRH ainda se encontram em estado incipiente o que contribui para a existência de múltiplas abordagens teóricas com diferentes perspectivas práticas.

Para que o processo de avaliação de RH em saúde consiga contribuir para a melhoria das práticas de GRH em saúde e para a gestão em saúde como um todo é fundamental a realização de estudos que compartilhem de uma mesma base teórica de forma a produzir evidências comparáveis, capazes de fomentar o desenvolvimento de um corpo teórico sólido, que passe a embasar a realização de estudos mais robustos. A avaliação do relacionamento de práticas de GRH em saúde tem enfrentado dificuldades conceituais similares inerentes aos dois campos conceituais envolvidos o que tem dificultado o desenvolvimento de um modelo de análise que suporte as especificidades inerentes à saúde, bem como aos recursos humanos.

A outra ordem de desafios inerentes à produção de estudos calcados na avaliação do relacionamento de ações de RH e elementos da saúde repousa na questão metodológica. Parte destas dificuldades se materializa na questão do acesso às informações que podem propiciar a promoção de modificações no quadro da APS brasileira. Os sistemas nacionais responsáveis pelas informações referentes às ações de saúde encontram-se dispersos e sem uma coordenação unificada o que dificulta o acesso a informações que podem enriquecer os procedimentos avaliativos desenvolvidos na esfera da saúde, em especial em relação à ESF. Iniciativas pontuais para a sistematização de informações, apesar de boa intenção, tem contribuído para um aumento na quantidade de sistemas de informação o que tem aumentado as dificuldades para se estabelecer relações entre as informações oriundas de diferentes fontes.

Apesar das inúmeras adversidades, ainda, é possível obter acesso a dados que reflitam a produção das equipes de saúde, bem como alguns dados sobre seus aspectos físicos e de composição sem a necessidade de recorrer a estudos de campo. Entretanto, quando o objeto de análise se volta para a dimensão de RH as dificuldades sofrem um incremento significativo. Não existe um sistema unificado, controlado pelo SUS, que permita aos estudiosos e gestores levantar informações sobre aspectos de RH vinculados à ESF. Este tipo

de informação é de fundamental importância para fins de planejamento de ações de gestão e infelizmente não está acessível de modo ágil.

Outro ponto que merece destaque se refere à produção de indicadores de RH adaptados ao âmbito da saúde e da APS. São poucos os trabalhos que se dedicaram a produção de indicadores de RH adaptados ao contexto da saúde e este é um dos pontos, no qual o presente trabalho procura fornecer uma contribuição. Os esforços desenvolvidos pelos professores Hornby e Forte (2002), também podem ser considerados como iniciativas com o intuito de promover o desenvolvimento de indicadores de RH adaptados à realidade da saúde. Além dos pontos citados resta a dificuldade em se mensurar que parcela dos resultados obtidos cabem à dimensão de RH. Este ponto permeia não somente os resultados em saúde, mas também resultados auferidos junto à organizações industriais.

Apesar das dificuldades inerentes ao processo avaliativo de RH em saúde a iminência de se promover uma gestão calcada em evidências tem sobrepujado as dificuldades atreladas à produção dos estudos avaliativos. A gestão pautada em evidências contribui para decisões orientadas para resultados sejam implementadas e para que, num contexto de escassez de recursos, prioridades sejam elencadas. Neste contexto de escassez as análises focadas na melhora da eficiência se configuram como uma alternativa relevante. A impossibilidade de investir mais recursos e a necessidade de melhorar a entrega de serviços de saúde impinge aos gestores uma busca de melhoramentos vinculados à eficiência de execução de atividades e neste sentido este trabalho procura fornecer uma contribuição para a questão.

Especificamente, no caso de Belo Horizonte os indicadores vinculados às equipes ilustram que o padrão geral exibido pelas equipes em termos de eficiência não está distante do padrão considerado ótimo<sup>15</sup>. Mais de 95% das equipes belo horizontinas possuem score de eficiência

---

<sup>15</sup> Equipes eficientes

superior a 60% e quase 60% possuem escores superiores a 80%. Não existem equipes em Belo Horizonte que se situem abaixo do 3º quintil de desempenho o que indica que melhoramentos podem elevar substancialmente o padrão das equipes em termos de eficiência técnica, melhorando a cobertura de ações voltadas para os grupos prioritários e o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde.

A eficiência no cumprimento do processo de trabalho vinculado à oferta de serviços de saúde pode se configurar como uma *proxy* de indicadores de saúde populacional e dessa forma orientar ações com foco em resultados. Mas para tanto é fundamental conhecer como os profissionais de saúde respondem aos valores e papéis vinculados ao modelo ESF.

A saúde enquanto setor que utiliza mão-de-obra em caráter intensivo se encontra em defasagem em termos de práticas de GRH frente às organizações industriais. No que se refere à associação entre GRH e desempenho, a dimensão processual pode fornecer indícios sobre práticas que possam contribuir para o bom ou mau desempenho (GUEST, 2011). Davies e Crombie (1997) defendem este mesmo pensamento e enfatizam a importância da utilização de medidas de processo para se avaliar o desempenho de serviços de saúde.

No caso de Belo Horizonte as práticas de GRH podem contribuir de maneira significativa para uma melhora na eficiência observada junto às equipes de saúde da família. Dentre as ações prioritárias para se fomentar um aumento no desempenho observado pelas equipes estão as ações de fixação e desenvolvimento da força de trabalho. Os desafios de RH mencionados por Pustai (2004) estão presentes neste município e se coadunam com aqueles existentes em termos de RH no Brasil.

A fixação de profissionais médicos apresentou um grande potencial de melhoramento nos escores de eficiência das equipes belo horizontinas. A questão que envolve este ponto permeia os diversos sistemas de saúde mundiais e é crucial para se garantir a oferta de serviços de

saúde de qualidade. A incapacidade de alocar profissionais de saúde como perfil adequado, na quantidade adequada e nos locais onde são necessários surge como um dos maiores desafios para a oferta de serviços de saúde de qualidade para diversas nações do globo. Os dados revelaram que o potencial de melhora nos escores de eficiência das equipes de saúde atrelado a este aspecto foi o mais significativo. Starfield (2002) destaca que o tempo despendido pelo profissional de saúde na oferta de ações vinculada à APS interfere de modo positivo no seu desempenho e os achados do presente trabalho se alinham a este achado.

Nomeadamente no contexto brasileiro, as restrições imposta pela questão do financiamento em saúde atingem este elemento de forma mais crítica. As limitações impostas pela lei de responsabilidade fiscal impelem os municípios brasileiros a adotar formas alternativas de contratação de pessoal que acabam por agravar o problema da fixação de pessoal. Apesar de não poder afirmar, com bases nos dados, de que esta situação é aquela que define o quadro encontrado em Belo Horizonte, a concomitante necessidade de melhora nos níveis de vínculos não precários de vinculação de profissionais para aumento da eficiência das equipes de saúde belo horizontinas chama a atenção para este debate.

Os dados do estudo revelam, também, que ações de treinamento e desenvolvimento contribuiriam de maneira significativa para a melhora da eficiência das equipes alocadas em Belo Horizonte. A programação de ações, a realização de atividades preventivas e de promoção à saúde estão dentro do escopo de ações vinculados aos preceitos de um modelo de APS sólido. Como destaca Mendes (2002), as ações que fogem ao cuidado de alta complexidade, em centros de saúde terciários, não são bem dominadas pelos profissionais de saúde. Macinko e Almeida (2006) destacam a necessidade de se aprimorar, no Brasil, o processo de capacitação voltado para a ESF, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, uma vez que mesmo fornece informações básicas sobre a lógica de

funcionamento da ESF e é de fundamental importância para apresentar aos profissionais de saúde as ferramentas vinculadas à oferta de atenção em nível primário.

Kabene et al (2006) pontua que o desempenho e os benefícios gerados pelo sistema de oferta de serviços de saúde dependem largamente dos conhecimentos e habilidades inerentes aos profissionais de saúde. A análise dos incrementos potenciais referentes aos *inputs* e aos *outputs* considerados sugere que o processo de formação de profissionais para atuação junto às equipes de saúde da família deva ser revisto em Belo Horizonte.

De modo geral os dados do estudo permitem inferir que a dimensão de RH pode fornecer contribuições significativas para a melhora na oferta do cuidado. A eficiência no desenvolvimento de ações adscritas ao nível de atenção primário pode sofrer incremento com base em aspectos vinculados à GRH. O presente trabalho buscou chamar a atenção para a importância deste elemento num contexto onde o aspecto humano possui um peso substancial nas atividades desenvolvidas.

As dificuldades que permeiam o delineamento de estudos avaliativos do relacionamento entre elementos de RH e resultados em saúde não impede que esforços sejam empreendidos com o intuito de gerar informações úteis do ponto de vista de gestão. Os aspectos de GRH que podem ser alvo de melhoramentos para a promoção de equipes mais eficientes em Belo Horizonte não diferem daqueles observados no país e sugerem a execução de ações plausíveis para a promoção de equipes mais eficientes.

A importância de melhorar o percurso de formação dos profissionais de saúde é um exemplo. O atual formato dos cursos de medicina existentes no país expõem seus alunos a um conteúdo mínimo vinculado à APS. Este elemento associado com as restrições de acesso aos cursos de residência médica entre outros aspectos contribui para que profissionais mal formados, em

termos de atenção primária, atuem junto às equipes de saúde contribuindo para uma oferta de cuidado incompatível com as necessidades da ESF.

O tempo de permanência é outro ponto nodal. A situação existente em Belo Horizonte difere daquela observada no Brasil segundo os dados do monitoramento de 2008 junto à ESF. A incapacidade de fixar profissionais, disputa intermunicipal, predominância de vínculos precários e a escassez de recursos materiais tem contribuído para que muitos profissionais de saúde adotem a ESF como uma etapa passageira em suas carreiras. Usualmente, a mesma é vista como uma possibilidade de acumular ganhos até que algo mais promissor surja em termos profissionais.

O desafio que pesa para os pesquisadores e gestores em saúde repousa na produção de informações capazes de reorientar, de modo eficaz as práticas de gestão em saúde. Neste sentido o presente trabalho almejou fornecer uma pequena contribuição para a análise de elementos vinculados a GRH que possam interferir em aspectos atrelados à eficiência na entrega do cuidado e que permitam uma reorientação de práticas com foco em eficiência. A inserção deste trabalho em um espaço lacunar confere ao mesmo uma característica exploratória forte, já que não foram reportados estudos na literatura que abordem a temática da eficiência na articulação das dimensões de estrutura e processo junto à APS.

A impossibilidade de considerar outros elementos de análise limitou as possibilidades de ampliação das conclusões auferidas. Aspectos como informações sobre o financiamento em saúde poderiam contribuir para a composição da matriz de indicadores utilizados no trabalho enriquecendo as asserções tecidas.

Outro elemento que restringiu as possibilidades de análise remete à distribuição funcional dos dados que impediu a realização de testes estatísticos de associação capazes de robustecer a listagem de indicadores utilizados de forma a selecionar aqueles que apresentavam a maior

correlação com o cumprimento de ações de oferta de cuidado. Por último a impossibilidade de inserir indicadores de saúde populacional acabaram por contribuir para uma análise parcial do modelo de Donabedian, mas este fato não impede que tais análises sejam conduzidas no futuro.

Uma vez superados estes desafios impera a necessidade de fomentar reflexões de cunho prático capazes de consolidar, ações com foco na promoção de uma efetiva Estratégia Saúde a Família e assegurar que tais ações sejam de fato traduzidas em ação.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. e NADANOVSKY, P. **Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (4): 361-365, out/dez, 1992.

ALMEIDA, Célia. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais de tendências de mudança.** Ciência e Saúde Coletiva 4(2):263-286, 1999.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Aug. 2008. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nm=iso). access on 20 Apr. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800002.

AMADO, Carla Alexandra da Encarnação Filipe e SANTOS, Sérgio Pereira dos. **Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres.** Health Policy 91 43–56, 2009.

AMADO, Carla Alexandra Filipe, DYSON, Robert G. **On comparing the performance of primary care providers.** European Journal of Operational Research v.185 p. 915–932. 2008.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Claudio Duarte da; HARZHEIM, Erno. **A Estratégia Saúde da Família.** In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

BAILEY, Kenneth D. **Methods of Social Research.** New York. 1982.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz ; RODRIGUES, Júnia Marçal; SILVA, Núbia Cristina; ROCHA, Thiago Augusto Hernandes;. **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, 2009a. disponível em <http://www.face.ufmg.br/observatorio/publicacoes/Pub%2005.pdf> .

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; OLIVEIRA, Alessandra Coelho; OLIVA, Ignez Helena Perpétuo; RODRIGUES, Júnia Marçal; SILVA, Núbia Cristina da; ROCHA, Thiago Augusto Hernandes. **Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas estudo amostral 2008 - Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil – monitoramento da implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal.** Relatório final. (não publicado), 2009b.

BARNEY, J., **Firm resources and sustained competitive advantage.** Journal of Management, vol. 17, p. 99-120, 1991.

BÄRNIGHAUSEN, Anand S, T.: **Human resources for health and vaccination coverage in developing countries**. [Unpublished manuscript], 2006

BÄRNIGHAUSEN, Anand S, T. **Human resources and health outcomes: cross-country econometric study**. *Lancet*, 364(9445):1603–1609, 2004.

BECKER, B. e GERHART, B.. **The impact of human resource management on organizational performance: progress and prospects**. *Academy of Management Journal*, 39: 4, 779–801, 1996.

BERMAN, P. **Organization of ambulatory health care provision in developing countries**. *Bulletin of the World Health Organization*, v.78, n.6, p.791-802, 2000.

BINDMAN, A. et al. **Primary care and receipt of preventive services**. *Journal of General Internal Medicine*, v.11, p.269-76, 1996.

BODSTEIN, Regina. **Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800003&lng=en&nm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800003&lng=en&nm=iso)>. access on 25 Jan. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000800003.

BOERMA, W.; FLEMING, D. **The role of general practice in primary health care**. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.

BOSELIE, P., DIETZ, G. e BOON, C. ‘**Commonalities and contradictions in HRM and performance**’. *Human Resource Management Journal*, 15: 1, 67–94, 2005.

BOWEN, D. e OSTROFF, C. ‘**Understanding HRM – firm performance linkages: the role of the ‘strength’ of the HRM system**’. *Academy of Management Review*, 29: 2, 203–221, 2004.

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; 2005a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007b.

BRASIL. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à

Descentralização. Nota Técnica. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília:MS; 2005b.

BRASIL. **Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.

BREILH, J. e GRANDA, E., **Investigação da Saúde na Sociedade. Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico**. São Paulo: Instituto de Saúde/Rio de Janeiro: Abrasco 1986..

BREILH, J.. **Epidemiologia, Política e Saúde**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da Unesp/Hucitec, 1991.

BUCHAN James: **Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom**. Health Policy and Planning, 15:319-325, 2000.

BUCHAN, James. **What difference does ("good") HRM make?** Human Resources for Health 2:6, 2004.

BUNKER, J. P. **The role of medical care in contributing the health improvements within societies**. Int J Epidemiol., v.30, n.6, p.1260-1263, 2001.

CARVALHO José Alberto Magno de, RODRÍGUEZ-WONG Laura Lídia,. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008

CARVALHO, José Alberto Magno, GARCIA R.A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad Saúde Pública 2003; 19:725-33.

CASANOVA, C. et al. **Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain)**. International Journal of Quality in Health Care. v.8, n.1, p. 51-59, 1996.

CAULKIN S: **The time is now**. People Management :32-34. 2001.

CHEN, Lincoln; EVANS, Timothy; ANAND, Sudhir; BOUFFORD, Jo Ivey Hilary; CHOWDHURY, Mushtaque; CUETO, Marcos; DARE, Lola; DUSSAULT, Gilles; ELZINGA, Gijs; FEE, Elizabeth; HABTE, Demissie; HANVORAVONGCHAI, Piya; Marian JACOBS, Christoph KUROWSKI, Sarah MICHAEL, Ariel Pablos-MENDEZ, SEWANKAMBO, Nelson; SOLIMANO, Giorgio; STILWELL, Barbara; WAAL, Alex de; WIBULPOLPRASERT; Suwit. **Human resources for health: overcoming the crisis**. Lancet. Vol 364 November 27, 2004.

COELHO, Maria Cristina Ramos de Vasconcelos; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Employment and sociodemographic characteristics: a study of increasing precarity in the health districts of Belo Horizonte, Brazil**. Human Resources for Health, 7:56, 2009.

COLAKOGLU, Saba; LEPAK, David P; HONG ,Ying. **Measuring HRM effectiveness: Considering multiple stakeholders in a global context.** Human Resource Management Review vol. 16 p.209–218 (2006).

COMBS, C., LIU, Y., HALL, A. e KETCHEN, D.. ‘**How much do high-performance work systems matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance**’. Personnel Psychology, 59: 3, 501–528, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, E. F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, T.R. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, ZMA (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47.

COOK, W.D. and ZHU, Joe. **Data Envelopment Analysis: Modeling Operational Processes And Measuring Productivity,** 2008.

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.

DAVIES, H.T.O., CROMBIE, I.K.,. **Interpreting health outcomes.** Journal of Evaluation in Clinical Practice 3 (3), 187–199, 1997.

DELERY, J. e DOTY, D. ‘**Modes of theorizing in strategic human resource management: tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions**’. Academy of Management Journal, 39: 4, 802–835, 1996.

DESLANDES, S. F., 1997. **Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 13:103-107.

DONABEDIAN Avedis. **Some basic issues in evaluating the quality of health care.** NLN Publ. Aug;(21-2194):3-28, 1987.

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

DONABEDIAN, AVEDIS. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Volume I. The University of Michigan Health Administration Press Ann Arbor, Michigan 1980.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FELISBERTO, Eronildo **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Ciência e Saúde Coletiva, 11(3):553-563, 2006.

FISCHER, Rosa Maria. “**Pondo os pingos nos is**” sobre as relações de trabalho e políticas de administração de recursos humanos. In: FISCHER, R. M. et al. **Processo e relações de trabalho no Brasil.** São Paulo: Atlas, 1987.

FRITZEN, Scott A. **Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned?** Human Resources for Health 5:4, 2007. doi:10.1186/1478-4491-5-4

GARCIA, F., Marcuello, C., SERRANO, D., URBINA, O.,. **Evaluation of efficiency in primary health care centres: An application of data envelopment analysis.** Financial Accountability and Management 15 (1), 67–83, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005. 490-498.

GIUFFRIDA, A., GRAVELLE, H., Roland, M., 2000. **Performance indicators for managing primary care: The confounding problem.** In: Smith, P.C. (Ed.), Reforming markets in health care: An economic perspective. Open University Press, Buckingham, pp. 162–186.

GUEST D: **Personnel's paradox.** People Management :25-29. 2001.

GUEST, D. **'Human resource management and performance: a review and research agenda'**. International Journal of Human Resource Management, 8: 3, 263–276, (1997).

GUEST, David E.. **Human resource management and performance: still searching for some answers.** Human Resource Management Journal, Vol 21, no 1, 2011, pages 3–13

HESKETH, Anthony e FLEETWOOD, Steve. **Beyond Measuring the Human Resources Management– Organizational Performance Link: Applying Critical Realist Meta-Theory.** Organizations. Volume 13(5): 677–699, 2006.

HUANG, Y.-G.L., MCLAUGHLIN, C.P.. **Relative efficiency in rural primary health care: An application of data envelopment analysis.** Health Services Research 24 (2), 143–158, 1989.

HURST J 2002. **Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges** In OECD. Measuring up – improving health system performance in OECD countries. Editora da OCDE, Paris.

IBGE. **Censo 2010.** Obtido em endereço eletrônico: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=31](http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=31). Acessado em 27 de Janeiro de 2011.

KABENE, Stefane M; ORCHARD, Carole; HOWARD, John M; SORIANO, MARK, A e LEDUC, Raymond. **The importance of human resources management in health care: a global context.** Human Resources for Health 2006, 4:20. This article is available from: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>.

LACOMBE, Beatriz Maria Braga. **Avaliação e mensuração de Resultados em Gestão de Pessoas: um estudo com as maiores empresas brasileiras.** Tese. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. 2005.

LERBERGHE, Wim Van; ADAMS, Orvill e FERRINHO, Paulo. **Human resources impact assessment**. Bulletin of the World Health Organization, 80 (7), 2002.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998**. Health Services Research, v.38, n.3, p.819-854, 2003.

MACINKO, James; ALMEIDA, Célia. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2006.

MARTINEZ Javier, MARTINEAU Tim: **Human resources in healthcare reform: a review of current issues**. Health Policy and Planning 1998, 13(4):345-358.

McKINLAY, J.; McKINLAY, S. M. e BEAGLEHOLE, R. **A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States**. International Journal of Health Services, 19: 181-208, 1989.

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

MENDES Eugênio Vilaça. **As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação do saúde em casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Comitê de Assuntos Estratégicos, nota técnica, 2007.

MENDES Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006a.

MENDES Eugênio Vilaça . **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006b.

MINAYO, Maria, C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NAYLOR C.D, IRON K, e HANDA K. **Measuring Health System performance: Problems and Opportunities in the Era of Assessment and Accountability**, pp. 13-34. In OECD. Measuring up – improving health system performance in OECD countries. Editora da OCDE, Paris, 2002.

NOGUEIRA, R. P. B.; ALMEIDA, S. R. V. de. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública**. 2004.

OMRAN, Abdel R. **The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change**. Extract From The Milbank Memorial Fund Quartely 1971, 49(4): 509-538. Bulletin of The World Health Organization, 79(2), 2001.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

OSTROFF, C. and BOWEN, D. ‘**Moving HR to a higher level: HR practices and organizational effectiveness**’, in K. Klein and S. Kozlowski (eds), *Multilevel Theory, Research, and Methods in Organizations*, San Francisco, CA: Jossey Bass, 2000.

HORNBY P, FORTE P. **Guidelines for Introducing Human Resource Indicators to Monitor Health Service Performance**. World Health Organization, The Centre for Health Planning and Management, 2002.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Cristina; FRANÇA, Tânia. **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.

PINA, V., TORRES, L.,. **Evaluating the efficiency of non-profit organizations: An application of data envelopment analysis to the public health services**. *Financial Accountability and Management* 8, 213–225, 1992.

PRATA, Pedro Reginaldo. **The Epidemiologic Transition in Brazil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (2): 168-175, abr/jun, 1992.

PREFEITURA BELO HORIZONTE. **Avanços e desafios na organização da atenção à saúde em Belo Horizonte**. Organizadora, Maria Aparecida Turci – Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

PREFEITURA BELO HORIZONTE. **Monitoramento de Resultados e Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: Um Estudo em Belo Horizonte**. Relatório Técnico, *no prelo*, 2011.

PUSTAI, Oldaci José. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 69-75.

RICHARDSON, Ray; THOMPSON, Marc. **The Impact of People Management Practices on Business Performance: A literature review**. INSTITUTE OF PERSONNEL AND DEVELOPMENT. 1999.

ROBINSON J, WHARRAD H. **Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level—relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy**. *J Adv Nurs* 2000; 32: 28–40.

ROBINSON J, WHARRAD H. **The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations’ data sets including the ratios of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy**. *J Adv Nurs* 2001; 34: 445–55.

ROGERS, E., WRIGHT, P., **Measuring organizational performance in strategic human resource management: problems, prospects, and performance information markets.** Human Resource Management Review, vol. 8, n.3, p. 311-331, 1998.

SALINAS-JIMENEZ, J., SMITH, P.C.. **Data envelopment analysis applied to quality in primary health care.** Annals of Operations Research 67, 141–161, 1996.

SAMPAIO, Luiz Fernando Rolim. **O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para Discussão.** In: Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2004. (CONASS Documenta: 7) 76 p.

SELLTIZ, Claire; WRIGHTSMAN, Lawrence S.; COOK, Stuart Welldford. **Métodos de Pesquisa das Relações Sociais.** São Paulo: Herder, 1982.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, N. C. ; BARBOSA, A.C.Q . **Recursos Humanos na Saúde da Família: Fato ou ficção?.** 1. ed. Belo Horizonte: OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO NIG.ONE - UFMG, 2009. v. 1. 125 p.

SILVA, Núbia Cristina da. **Gestão de recursos humanos na saúde da família : fato ou ficção?** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009. 98 p.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&rm=iso)>. access on 25 Jan. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002.

SPEYBROECK, Niko, KINFU Yohannes, DAL POZ, Mario R; EVANS and David B. **Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes.** World Health Organization. Geneva, March 2006

STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation, and policy.** New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, **Barbara Is primary care essential?** Lancet, Vol. 344, Issue 8930, 1994.

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

STARFIELD, Barbara. **Primary care: concept, evaluation, and policy.** New York: Oxford University Press, 1992.

TAKEDA, Sílvia Maristela Pasa. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde.** In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.).

Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 76-87.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ULRICH, David. **Os Campeões de Recursos Humanos**. São Paulo: Futura, 2000.

VIACAVA, Francisco et al . **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1413-81232004000300021&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1413-81232004000300021&lng=en&rm=iso)>. access on 23 Sept. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232004000300021

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL PÓZ, Mário Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005. Volume 15, p. 225-264.

WORLD BANK. **World development report 2004: making services work for poor people**. New York: Oxford University Press, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO/Public Health Agency of Canada, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: World Health Report 2000. **Health Systems: Improving Performance**. Geneva 2000 [http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/ whr00\_ch4\_en.pdf].

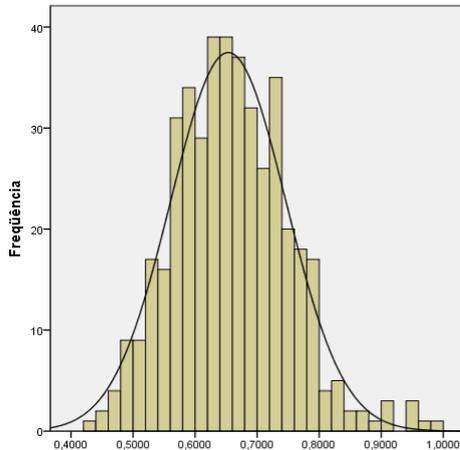
**ANEXOS**

### Ações desenvolvidas

Medida: percentual

Skewness: 0,419

Kurtosis: 0,534

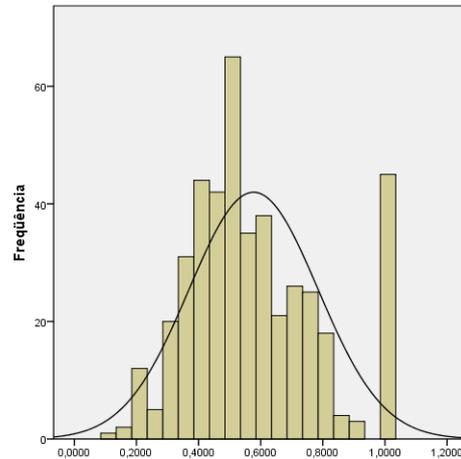


### Consultas Programadas

Medida: percentual

Skewness: 0,555

Kurtosis: -0,310

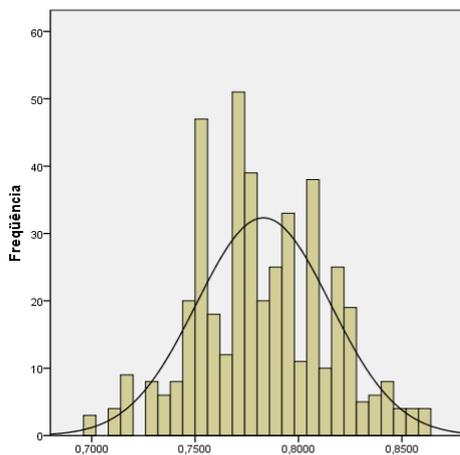


### Estrutura

Medida: percentual

Skewness: 0,031

Kurtosis: -0,220

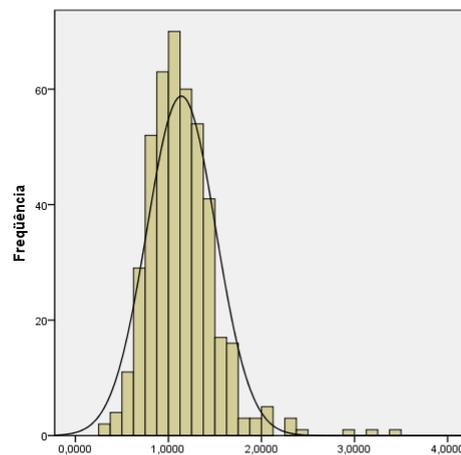


### População preconizada

Medida: percentual

Skewness: 1,623

Kurtosis: 6,592

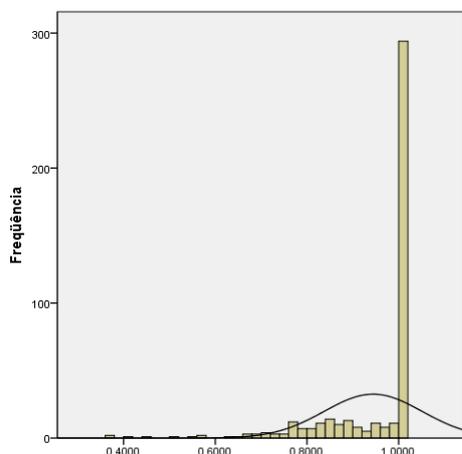


### Equipe completa

Medida: percentual

Skewness: -2,460

Kurtosis: 7,093

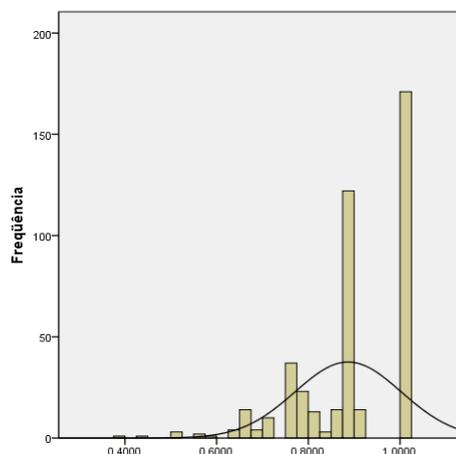


### Vínculo não precário

Medida: percentual

Skewness: -0,988

Kurtosis: 0,988

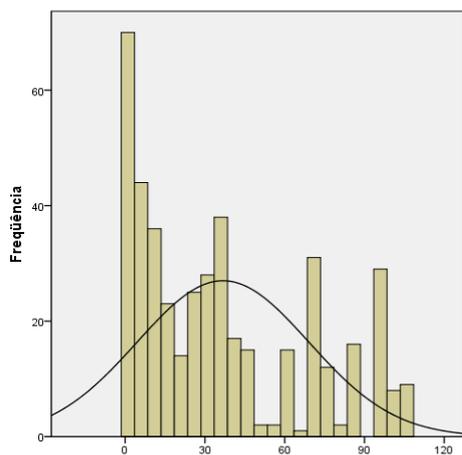


### Tempo de permanência do médico

Medida: meses

Skewness: 0,678

Kurtosis: -0,842

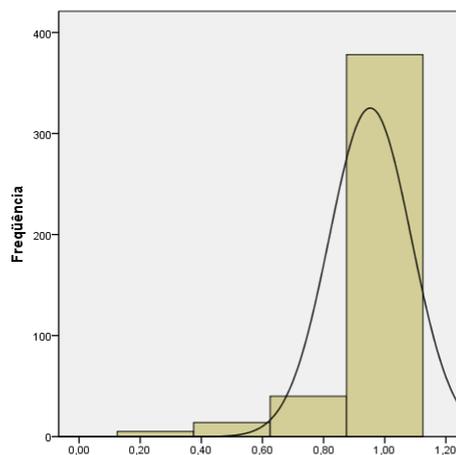


### Atendimento médico nas clínicas básicas

Medida: percentual

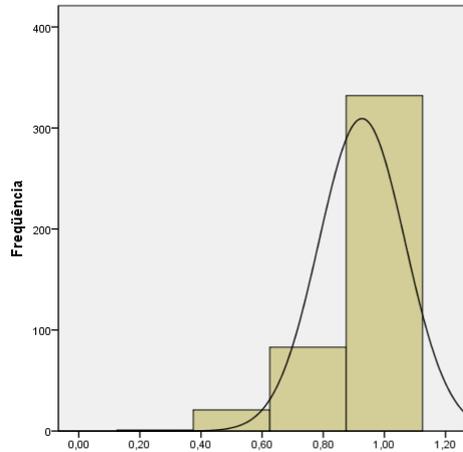
Skewness: -3,183

Kurtosis: 10,501



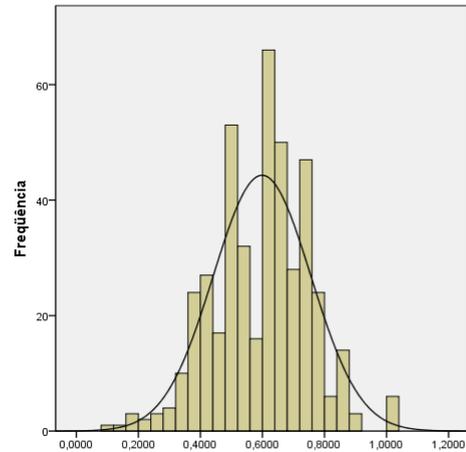
### Atendimento de enfermagem nas clínicas básicas

Medida: percentual  
Skewness: -1,870  
Kurtosis: 2,860



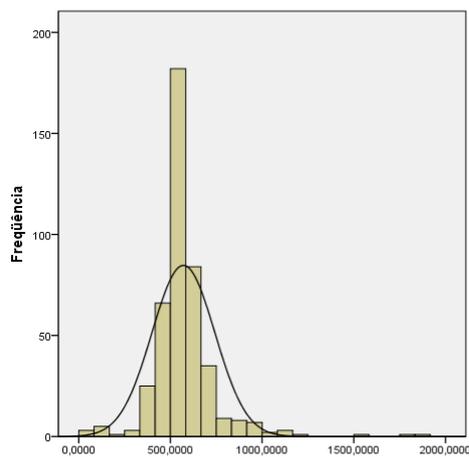
### Realização de curso introdutório

Medida: percentual  
Skewness: -0,238  
Kurtosis: 0,057



### Carga horária de treinamento

Medida: horas  
Skewness: 2,432  
Kurtosis: 15,881



Identificação do questionário

DISTRITO

UBS

ESF



## ***ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES:***

***Equipe de Saúde da Família***

2010

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O **Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG, através da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG**, está desenvolvendo uma pesquisa para o Monitoramento de Resultados, Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: um estudo em Belo Horizonte. Esse estudo tem como objetivo avaliar o desempenho das equipes de saúde da família, bem como a satisfação da população usuária dos serviços de saúde.

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo, nos concedendo uma entrevista sobre o funcionamento desta equipe de Saúde da Família. A entrevista consiste na resposta a um questionário sobre os processos de trabalho desenvolvido pela equipe, sendo o tempo médio total estimado para a sua realização de 2 horas.

A aplicação do questionário será feita individualmente, somente na sua presença e em local reservado, garantindo sua privacidade. Além disto, a entrevista poderá ser interrompida em qualquer momento que o(a) senhor(a) quiser. A sua participação é voluntária; o (a) senhor (a) não será penalizado (a) caso se recuse participar. Os entrevistados não receberão qualquer benefício material pela sua participação.

As informações prestadas nesta entrevista são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outros entrevistados. A divulgação dos resultados da pesquisa conterá apenas resultados agregados, o que não permitirá a sua identificação.

O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização, para a área de saúde pública e a universidade, de um quadro completo sobre as questões relativas à Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte. Estas informações poderão ser utilizadas para detectar, analisar e compreender pontos falhos e pontos fortes nas práticas de gestão na área de saúde, caracterizando necessidades e demandas específicas dos usuários do sistema.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o(a) entrevistador(a). Caso a dúvida persista ou caso o(a) entrevistado(a) demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

**Prof. ALLAN CLAUDIUS QUEIROZ BARBOSA**  
CAD/FACE - Observatório de Recursos Humanos em Saúde -UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da FACE sala:4056  
Belo Horizonte 31270-901 MG  
Tels.: 3409 7044 ou 8877-7004

**NÚBIA CRISTINA DA SILVA**  
Observatório de Recursos Humanos em Saúde -UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627  
Belo Horizonte 30170-120 MG  
Tels.: 3409 7044 ou 8675-6478

**COEP/UFMG - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Av. Antônio Carlos, 6627  
Unidade Administrativa II - 2º andar  
Campus Pampulha  
Belo Horizonte, MG - Brazil  
31270-901  
Tels: 31 3409-4592

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**  
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar.  
Funcionários - Belo Horizonte.  
CEP: 30.130-007  
Tel: 3277-5309 Fax: 3277-7768

*Declaro estar ciente dos objetivos e das condições de participação na pesquisa, com as quais concordo.*

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do entrevistado**

*Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.*

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do entrevistador**

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.



face



Favor preencher todas as informações iniciais da entrevista atentando-se para a correta identificação do(s) respondente(s).

Entrevistador(a):

B - Nome do Entrevistado 1.....

C - Cargo do Entrevistado 1:

1. Médico(a)
2. Enfermeiro(a)
3. Auxiliar/Técnico de Enfermagem

B - Nome do Entrevistado 2.....

C - Cargo do Entrevistado 2:

1. Médico(a)
2. Enfermeiro(a)
3. Auxiliar/Técnico de Enfermagem
4. Não houve outro entrevistado

**1 PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta seção tem como objetivo a identificação da ESF que está sendo entrevistada e dos seus profissionais. Todas as questões deverão ser respondidas e deverá ser dada uma atenção maior para não deixar as questões que estão assinaladas com \*\* sem resposta.



**1.1 Qual é o nome da Equipe de Saúde da Família? \*\***



**1.2 Em qual distrito está localizada? \*\***

1. Barreiro
2. Centro Sul
3. Leste
4. Nordeste
5. Noroeste
6. Norte
7. Oeste
8. Pampulha
9. Venda Nova



**1.3 Há quanto tempo a ESF está implantada?**

Anos

meses

99 – Não sabe/Não informou



**1.4 Quantos dos profissionais listados a seguir fazem parte desta Equipe de Saúde da Família atualmente?**

**Se a resposta for “0” em 1.4, perguntar:  
1.4.1 Há quanto tempo a Equipe está sem o profissional?**

**1. Médicos**

Anos

Meses

99 – NS/NI

**2. Enfermeiros**

Anos

Meses

99 – NS/NI

**3. Auxiliares/Técnicos de enfermagem**

Anos

Meses

99 – NS/NI

**4. Agentes Comunitários de Saúde**

Anos

Meses

99 – NS/NI



**1.5 Quantos outros profissionais prestam apoio a esta equipe?**

**1.5.1**

**Médicos**

**1.5.2**

**Enfermeiros**

	<b>1.6 (LT – P– População) Qual é o número de PESSOAS sob responsabilidade desta ESF?</b>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pessoas      99 – Não sabe/Não informou	
	<b>1.7 (LT – P– População) Qual é o número de FAMÍLIAS sob responsabilidade desta ESF?</b>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> famílias      99 – Não sabe/Não informou	
	<b>1.8 (LT – P– População) Existe área de abrangência delimitada para a equipe?</b>
1 – Sim 2 - Não 99 – Não sabe/Não informou	
} <b>Assinale “98 – Não se aplica” nas questões até 1.9 e pule para a questão 2.1</b>	
	<b>1.8.1 (LT – P– População) Existe mapa da área de abrangência da ESF na Unidade de Saúde?</b>
1 - Sim 2 - Não ( <b>Assinale 98 – Não se aplica em 1.8.1.1 e pule para a questão 1.9</b> ) 98 - Não se aplica ( <b>não existe área de abrangência</b> ) 99 – Não sabe/Não informou ( <b>Assinale 98 – Não se aplica em 1.8.1.1 e pule para a questão 1.9</b> )	
	<b>1.8.1.1 (OC – PA – Informações) A equipe utiliza o mapa para planejamento identificando nele a ocorrência de casos e áreas de risco?</b>
1 – Sim 2 – Não 98 - Não se aplica ( <b>Não existe área de abrangência delimitada ou não existe mapa</b> ) 99 - Não sabe/Não informou	
	<b>1.9 Em média, quantas pessoas de fora da área de abrangência foram atendidas no último mês?</b>
Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## 2 PARTE 2 - PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES



Esta seção tem como objetivo conhecer alguns indicadores do processo de trabalho desta ESF e as atividades realizadas pelos seus profissionais. Visa, ainda, obter informações sobre a forma de atendimento à população.



### 2.1 CO-E-Sistema de Informação - O cadastramento da população é feito utilizando:

2.1.1.1	Censo BH Social?	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.1.1.2	Formulário/Caderno (registro manual)?	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.1.1.3	No prontuário?	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.1.1.4	Outra forma? Qual?	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.1.1.5	Não faz cadastramento → Pule para 2.6	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI



### 2.2 FF-P- Registro de informações - O cadastro da população é organizado:

2.2.1.1	Por indivíduo?	1 – Sim	2 – Não	98 <sup>1</sup> - NA	99 - NS/NI
2.2.1.2	Por Família?	1 – Sim	2 – Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.2.1.3	Por Ambos?	1 – Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI



### 2.3 PC-P-Captação - Qual a data da ultima atualização do cadastro? Considere a atualização completa do cadastro.

(Mês / Ano)

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---



### 2.4 Qual a data da ultima atualização do cadastro eletrônico? Favor considerar atualização completa do cadastro.

1 Não utiliza sistema de informação

(Mês / Ano)

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

<sup>1</sup> A população não está cadastrada

	<b>2.5 PC-P-Captação - Qual a periodicidade em que o cadastro é atualizado?</b>	
	<b>Manual</b>	<b>Eletrônico</b>
	1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Semestralmente 5. Anualmente 8. Não há atualização 98. NA ( <i>cadastro é eletrônico</i> ) 99. NS/NI	1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Semestralmente 5. Anualmente 8. Não há atualização 98. NA ( <i>cadastro é manual</i> ) 99. NS/NI

	<b>2.6 LT-P-Atendimento - A Equipe de Saúde da Família utiliza prontuário?</b>
	1 - Sim 2 - Não → <i>Pule para a questão 2.7</i>

	<b>2.7 Este prontuário é eletrônico?</b>
	1 - Sim 2 - Não 3 – NA ( <i>Não utiliza prontuário</i> )

	<b>2.7.1 O prontuário contém as informações de contra-referência dos serviços de: (Não considerar informações prestadas pelo próprio paciente)</b>			
<b>2.7.1.1</b>	<b>Consultas de especialidades?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 <sup>2</sup> – NA 99 - NS/NI
<b>2.7.1.2</b>	<b>Resultados de exames?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 – NA 99 - NS/NI
<b>2.7.1.3</b>	<b>Tratamentos especializados?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 – NA 99 - NS/NI
<b>2.7.1.4</b>	<b>Internações?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 – NA 99 - NS/NI

	<b>2.8 FF-P-Registro Inf. – A equipe traça o perfil familiar para sua área de abrangência?</b>
	1 - Sim 2 - Não 3 – NS/NI
	} <i>Pule para a questão 2.8</i>

<sup>2</sup> Não utiliza prontuário

	<b>2.8.1 FF-P-Registro Inf. – Este perfil familiar é elaborado:</b>
<b>2.8.1.1</b>	<b>Organizando o cadastro por família?</b> 1 - Sim 2 - Não 98 <sup>3</sup> - NA 99 - NS/NI
<b>2.8.1.2</b>	<b>Utilizando as informações do Censo BH Social?</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.8.1.3</b>	<b>Organizando o prontuário por família?</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.8.1.4</b>	<b>Outra forma? Qual?</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
	<b>2.8.2 FF-P-Registro Inf. – As informações do perfil são utilizadas no momento do atendimento dos usuários?</b>
1 - Sim 2 - Não <b>98 – Não se aplica. (Não traça o perfil familiar da área de abrangência)</b>	

	<b>2.9 OC-P-Plan. De Ações - A equipe tem um planejamento de ações e de oferta de serviços?</b>
1 - Sim 2 - Não 99 – Não sabe/Não informou } <b>Pule para a questão 2.9</b>	

	<b>2.9.1 OC-P-Plan. De Ações - Qual a fonte de informações para o planejamento dessas ações da Equipe?</b>
<b>2.9.1.1</b>	<b>Dados do Censo BH Social</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA <sup>4</sup> 99 - NS/NI
<b>2.9.1.2</b>	<b>PROGRAB</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.3</b>	<b>AMQ</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.4</b>	<b>Demandas da população</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.5</b>	<b>Estudo de necessidades de saúde da população</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.6</b>	<b>Orientações do Ministério da Saúde</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.7</b>	<b>Orientação da SMS</b> 1 - Sim 2 - Não 98 - NA 99 - NS/NI
<b>2.9.1.8</b>	<b>Outras:</b> _____
<b>2.9.1.9</b>	<b>Outras:</b> _____

<sup>3</sup> Não traça o perfil familiar da área de abrangência.

<sup>4</sup> Não há planejamento de ações e oferta de serviços.

	<b>2.9.2 OC-P-Ações Realizadas - O que já foi feito diante de problemas identificados nestas fontes? (Resposta múltipla e espontânea)</b>
<p>1. Criou ações programáticas específicas (campanhas de mobilização, ações informativas)</p> <p>2. Realiza parcerias com a escola, igreja, associação comunitária, dentre outras.</p> <p>3. Adota modelos internacionais ditos bem-sucedidos.</p> <p>4. Adota modelos nacionais ditos bem-sucedidos.</p> <p>5. Levando o assunto ao conhecimento das famílias nas consultas e nas visitas</p> <p>6. Outra: Qual? _____</p> <p><b>8. Não se aplica (Não tem planejamento)</b></p> <p><b>9. NS/NI</b></p>	

	<b>2.9.3 OC – P – Avaliação de ações Estas ações são avaliadas...</b>				
<b>2.9.3.1</b>	<b>A partir do retorno da população?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>5</sup>	99 - NS/NI
<b>2.9.3.2</b>	<b>A partir dos casos de Tuberculose?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.9.3.3</b>	<b>A partir dos casos de Hanseníase?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.9.3.4</b>	<b>A partir dos casos de Hipertensão?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.9.3.5</b>	<b>A partir dos casos de Diabetes?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

<b>2.10 PC-P-Captação – Como a ESF realiza busca ativa para os seguintes agravos? (Resposta espontânea – Não Ler escala - Resposta Múltipla)</b>	<b>1. Morbidade referida no Censo BH Social</b>	<b>2. Demanda espontânea por meio de sinais e sintomas clínicos</b>	<b>3. Captação do ACS durante visitas domiciliares</b>	<b>4. Campanha na comunidade</b>	<b>5. Monitoramento contínuo de fatores de risco</b>	<b>6. Não realiza busca ativa</b>	<b>99. NS/NI</b>
<b>2.10.1 Hanseníase</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.2 Diabetes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.3 Hipertensão</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.4 Gestantes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.5 HIV</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.6 Tuberculose</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>
<b>2.10.7 Saúde Mental</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>99</b>

	<b>2.11 IN-P-Normatização - A equipe faz o acompanhamento dos pacientes baseado em protocolos clínicos de qualquer origem?</b>
<p>1 - Sim</p> <p>2 - Não</p> <p>99 – Não sabe/Não informou</p> <p style="text-align: right;">} <b>Pule para a questão 2.11</b></p>	

<sup>5</sup> As ações não são avaliadas.

 <b>2.11.1 Para quais áreas?</b>					
<b>2.11.1.1</b>	<b>Saúde da criança</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>6</sup>	99 - NS/NI
<b>2.11.1.2</b>	<b>Saúde da mulher e gestante</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.3</b>	<b>Tuberculose</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.4</b>	<b>Hanseníase</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.5</b>	<b>Hipertensão</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.6</b>	<b>Diabetes</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.7</b>	<b>Saúde do idoso</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.8</b>	<b>Saúde do Adolescente</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.9</b>	<b>DST</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.10</b>	<b>Saúde Mental</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.11</b>	<b>Vigilância Epidemiológica</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.11.1.12</b>	<b>Outros. Qual?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

 <b>2.12 PC-P-Captação - Quais as formas de divulgação da agenda da equipe para a população? (Resposta Múltipla)</b>	
---	--

1. Por meio de cartazes ou informativos na UBS
  2. Nas visitas dos Agentes Comunitários de Saúde
  3. Nas reuniões comunitárias
  4. Nas escolas
  5. Não há divulgação de agenda
  6. Outra. 2.11.6.1 Especifique: \_\_\_\_\_
- 98. Não se aplica (não existe agenda da equipe)**

 <b>2.13 PC-P-Atendimento - Durante quanto tempo por dia (em horas) os seguintes serviços estão disponíveis para a população desta equipe:</b>			
<b>2.13.1</b>	<b>Vacinas?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 – Não oferece o serviço
<b>2.13.2</b>	<b>Dispensação de medicamentos?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 – Não oferece o serviço
<b>2.13.3</b>	<b>Atendimento clínico (médico ou enfermeiro)?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 – Não oferece o serviço

<sup>6</sup> Não utiliza protocolos.

	<b>2.14 Existe atendimento programado e <u>com frequência mínima semanal</u> à população pelo médico da Equipe...</b>				
		<b>1 – Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 - NA<sup>7</sup></b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.14.1</b>	<b>No final de semana?</b>	1	2	98	99
<b>2.14.2</b>	<b>Após às 19:00 ?</b>	1	2	98	99

	<b>2.15 PC-P-Atendimento - Como são agendadas as consultas no Centro de Saúde? (Resposta Múltipla)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcação na própria Unidade</li> <li>2. Por meio do Agente Comunitário de Saúde</li> <li>3. Por meio de outro profissional de saúde da Equipe de Saúde da Família</li> <li>4. Pelo telefone</li> <li>5. Outra: <b>2.17.5.1</b> Especifique: _____</li> <li>6. Não há agendamento de consultas</li> </ol> <p><b>98. NA (Não existe médico nem enfermeiro na Unidade)</b></p>	

	<b>2.16 PC-P-Atendimento – Qual o tempo médio (em dias) entre a marcação de uma consulta e o atendimento do usuário?</b>
Em dias _____	

<b>LER</b>	<b>Agora passaremos para a parte referente aos procedimentos que são executados como parte do processo de trabalho. Nós gostaríamos de saber quais deles são realizados e não aqueles que são considerados os ideais ou que a ESF gostaria de fazer.</b>
------------	--

	<b>Registre se as ações listadas abaixo são desenvolvidas pelos componentes na ESF:</b>
---	---

	<b>2.17 O Médico</b>				
<b>2.17.1</b>	<b>OC-P-Ações Realizadas - Participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 <sup>8</sup> - NA	99 - NS/NI
<b>2.17.2</b>	<b>CO-P-Cord. Interna - Participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.17.3</b>	<b>IN-P-Ativ. Educativas - Realizou atividade educativa</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

<sup>7</sup> Não existe médico na equipe.

<sup>8</sup> Não existe médico na equipe

 2.17 O Médico					
em grupo (nos últimos 2 meses)?					
2.17.4	IN-P-Ativ. De Promo e Prev - Realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.17.5	IN-P-Atendimento - Realiza atendimento clínico em clínica médica?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.17.6	IN-P-Atendimento - Realiza atendimento clínico em pediatria?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.17.7	IN-P-Atendimento - Realiza atendimento clínico em ginecologia?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.17.8	IN-P-Atendimento - Realiza atendimento clínico em obstetrícia?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.17.9	Quantos TURNOS POR SEMANA (em média) são reservados para o atendimento clínico (consultas) do médico da ESF?	<input type="text"/> <input type="text"/> Turnos		98 NA	99 NS/NI
2.17.10	Quantas consultas são realizadas POR TURNO DE ATENDIMENTO pelo médico da ESF?	<input type="text"/> <input type="text"/> Consultas		98 NA	99 NS/NI
2.17.11	LT-P-Atendimento - Desse total de consultas, quantas são programadas?	<input type="text"/> <input type="text"/> Consultas		98 NA	99 NS/NI

 2.18 O Enfermeiro					
2.18.1	OC-P-Ações Realizadas - Participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?	1 - Sim	2 - Não	98 <sup>9</sup> - NA	99 - NS/NI
2.18.2	CO-P-Cord. Interna - Participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.3	IN-P-Ativ. Educativas - Realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.4	IN-P-Ativ. De Promo e Prev - Realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.5	CO-P-Cord. Interna - Realiza treinamento do auxiliar de enfermagem?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.6	CO-P-Cord. Interna - Realiza treinamento do ACS?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.7	IN-P-Atendimento - Realiza consulta de Enfermagem em clínica médica?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.8	IN-P-Atendimento - Realiza consulta de Enfermagem em pediatria?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.9	IN-P-Atendimento - Realiza consulta de Enfermagem em ginecologia?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.10	IN-P-Atendimento - Realiza consulta de Enfermagem em obstetrícia?	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
2.18.11	Quantos TURNOS POR SEMANA (em média) são reservados para as consulta de enfermagem da ESF?	<input type="text"/> <input type="text"/> Turnos		98 NA	99 NS/NI
2.18.12	Quantas consultas são realizadas POR TURNO DE ATENDIMENTO pelo enfermeiro da ESF?	<input type="text"/> <input type="text"/> Consultas		98 NA	99 NS/NI
2.18.13	LT-P-Atendimento - Desse total de consultas, quantas são programadas?	<input type="text"/> <input type="text"/> Consultas		98 NA	99 NS/NI

<sup>9</sup> Não existe Enfermeiro na equipe

	<b>2.19 O Técnico/Auxiliar de enfermagem</b>				
<b>2.19.1</b>	<b>OC-P-Ações Realizadas - Participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 <sup>10</sup> - NA	99 - NS/NI
<b>2.19.2</b>	<b>IN-P-Ativ. De Promo e Prev - Realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.19.3</b>	<b>CO-P-Cord. Interna - Participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.19.4</b>	<b>Realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

	<b>2.20 O Agente Comunitário de Saúde</b>				
<b>2.20.1</b>	<b>OC-P-Ações Realizadas - Participou de reunião com a comunidade (no último semestre)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.20.2</b>	<b>IN-P-Ativ. De Promo e Prev - Realizou atividade de promoção e prevenção (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.20.3</b>	<b>CO-P-Cord. Interna - Participou de reunião de equipe (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.20.4</b>	<b>Realizou atividade educativa em grupo (nos últimos 2 meses)?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

	<b>2.21 FF-P-Visitas - Com qual regularidade os profissionais da Equipe de Saúde da Família realizam visitas domiciliares?</b>	Pelo menos uma vez por mês?	Pelo menos uma vez a cada seis meses?	Pelo menos uma vez por ano?	Já faz mais de um ano que fez a última visita domiciliar	7 Nunca fez visita domiciliar	98 NA	99 NS/NI
<b>2.21.1</b>	<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	1	2	3	4	5	98 <sup>11</sup>	99
<b>2.21.2</b>	<b>Médico</b>	1	2	3	4	5	98	99
<b>2.21.3</b>	<b>Enfermeiro</b>	1	2	3	4	5	98	99
<b>2.21.4</b>	<b>Auxiliar/ Técnico de Enfermagem</b>	1	2	3	4	5	98	99
	<b>2.22 PC-P-Captação - Sobre as visitas domiciliares realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, você poderia me dizer se eles fazem...</b>							
<b>2.22.1</b>	<b>Visitas a acamados?</b>			1 - Sim	2 - Não			99 - NS/NI
<b>2.22.2</b>	<b>Visita a usuários com mobilidade reduzida?</b>			1 - Sim	2 - Não			99 - NS/NI
<b>2.22.3</b>	<b>Visitas a mulher no período de puerpério?</b>			1 - Sim	2 - Não			99 - NS/NI
<b>2.22.4</b>	<b>Visitas a população geral, excluindo as citadas acima?</b>			1 - Sim	2 - Não			99 - NS/NI
<b>2.22.5</b>	<b>FF-P-Visitas - Visitas que não sejam para atendimento clínico?</b>			1 - Sim	2 - Não			99 - NS/NI

<sup>10</sup> Não existe o profissional na equipe

<sup>11</sup> Não existe o profissional na equipe

	<b>2.23 CO-P-Supervisão Técnica - Há Supervisão <u>Técnica</u> da Equipe?</b>				
1 - Sim 2 - Não 99 – Não sabe/Não informou					
} <b>Pule para a questão 2.23</b>					
	<b>2.23.1 CO-P-Supervisão Técnica - Qual a periodicidade?</b>				
1 – Semanal 2 - Quinzenal 3 - Mensal 4 – Bimestral 5 - Semestral ou mais 6- Sem periodicidade definida 98 - Não se aplica ( <b>não há supervisão técnica</b> ) 99 – Não sabe/Não informou					
	<b>2.23.2 CO-P-Supervisão Técnica - Na supervisão <u>técnica</u> é realizado:</b>				
<b>2.23.2.1</b>	<b>Acompanhamento e discussão dos dados do Censo BH Social?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>12</sup>	99 - NS/NI
<b>2.23.2.2</b>	<b>Apoio ao processo de planejamento das atividades da ESF?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.23.2.3</b>	<b>Incentivo à integração dos membros da equipe com a comunidade?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.23.2.4</b>	<b>Atuação em eventuais situações de conflitos entre membros da ESF?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>2.24 CO-P-Supervisão Clínica - Há supervisão <u>clínica</u> da Equipe?</b>				
1 - Sim 2 - Não 99 – Não sabe/Não informou					
} <b>Pule para a questão 2.24</b>					
	<b>2.24.1 CO-P-Supervisão Clínica - Qual a periodicidade?</b>				
1 - Semanal 2 - Quinzenal 3 - Mensal 4 – Bimestral 5 - Semestral ou mais 6- Sem periodicidade definida 98 - Não se aplica ( <b>não há supervisão clínica</b> ) 99 - Não sabe/Não informou					

<sup>12</sup> Não há supervisão técnica.

	<b>2.24.2 CO-P-Supervisão Clínica - Na supervisão clínica é realizada:</b>				
<b>2.24.2.1</b>	<b>Discussão de casos clínicos?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>13</sup>	99 - NS/NI
<b>2.24.2.2</b>	<b>Treinamento em serviço?</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI
<b>2.24.2.3</b>	<b>Realização de interconsultas com especialistas</b>	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI

	<b>2.25 CO-P- Discussão de casos clínicos - Existem discussões de casos clínicos pela equipe?</b>			
1 – Sim				
2 – Não				
99 - Não sabe/Não informou				

	<b>2.26 IN-P-Atendimento Urgência - A Equipe realiza na UBS o tratamento clínico das seguintes situações:</b>			
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.26.1</b>	<b>Febre</b>	1	2	99
<b>2.26.2</b>	<b>Crise convulsiva</b>	1	2	99
<b>2.26.3</b>	<b>Crise de asma ou broncoespasmo</b>	1	2	99
<b>2.26.4</b>	<b>Crise hipertensiva</b>	1	2	99
<b>2.26.5</b>	<b>Desidratação</b>	1	2	99
<b>2.26.6</b>	<b>Vômitos</b>	1	2	99
<b>2.26.7</b>	<b>Corte em pele com indicação de sutura</b>	1	2	99
<b>2.26.8</b>	<b>Crise de hipoglicemia</b>	1	2	99

	<b>2.27 Para quais grupos ou sobre quais assuntos a Equipe realizou atividades educativas continuadas <u>NOS ÚLTIMOS 2 MESES</u>?</b>				
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98-NA</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.27.1</b>	<b>Gestantes</b>	1	2		99
<b>2.27.2</b>	<b>Planejamento Familiar</b>	1	2		99
<b>2.27.3</b>	<b>Saúde da criança</b>	1	2		99
<b>2.27.4</b>	<b>Desnutridos</b>	1	2		99
<b>2.27.5</b>	<b>Saúde na escola</b>	1	2	98 <sup>14</sup>	99
<b>2.27.6</b>	<b>Diabéticos</b>	1	2		99

<sup>13</sup> Não há supervisão clínica.

<sup>14</sup> Não há escola na área de abrangência da equipe.

 <b>2.27 Para quais grupos ou sobre quais assuntos a Equipe realizou atividades educativas continuadas <u>NOS ÚLTIMOS 2 MESES</u>?</b>				
	1 - Sim	2 - Não	98-NA	99 - NS/NI
<b>2.27.7 Hipertensos</b>	1	2		99
<b>2.27.8 Adolescentes</b>	1	2		99
<b>2.27.9 Idosos</b>	1	2		99
<b>2.27.10 Portadores de transtorno ou sofrimento psíquico</b>	1	2		99
<b>2.27.11 Dengue</b>	1	2		99
<b>2.27.12 Gripe A (H1N1)</b>	1	2		99
<b>2.27.13 Outro. Qual?</b>	1	2		99

 <b>2.28 FF-P-Trabalho em rede – A equipe mobiliza a rede de apoio social para suporte aos usuários? (Resposta múltipla e espontânea)</b>	
--	--

1 - Sim

2 - Não

99 – Não sabe/Não informou

} **Pule para a questão 2.28**

 <b>2.28.1 FF-P-Trabalho em rede – Para quais grupos? (Resposta múltipla e espontânea)</b>	
---	--

1. Usuários álcool e outras drogas

2. Fumantes

3. HIV positivo

4. Mulheres vítimas de violência

5. Crianças vítimas de maus tratos

6. Obesos

7. Famílias de baixa renda

8. Portadores de necessidades especiais

9. Portadores de sofrimento mental/psíquico

10. Outro: Qual? \_\_\_\_\_

11. **Não se aplica**

12. **NS/NI**



**2.29 IN-P-Atendimento Clínico - Qual a quantidade da população identificada na área desta Equipe nos seguintes grupos de referência?**

Grupo	Quantidade	
2.29.1 Criança de 0 a 9 anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.2 Adolescente 10 a 19 anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.3 Idosos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.4 Mulher entre 20 e 59 anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.5 Gestantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.6 Hanseníase	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.7 Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.8 Hipertensão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.9 Portadores de HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.10 Usuários com Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI
2.29.11 Usuários com Psicopatias graves (Saúde Mental)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	99. NS/NI

**LER**

Vou listar algumas ações relativas à Saúde da Mulher e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.

IN-P-Atendimento

 <b>2.30 Saúde da Mulher:</b>					
		1 - Sim	2 - Não	98 – NA <sup>15</sup>	99 - NS/NI
2.30.1	Realiza coleta de material para exame citopatológico (prevenção do câncer de colo de útero)?	1	2	98	99
2.30.2	Realiza exame clínico de mamas (palpação)?	1	2	98	99
2.30.3	Realiza prescrição de tratamento para corrimento vaginal?	1	2	98	99
2.30.4	Realiza busca ativa de mulheres com o resultado de exame cito-patológico alterado?	1	2	98	99
2.30.5	Realiza busca ativa de mulheres com solicitação de Mamografia que não retornam na consulta?	1	2	98	99
2.30.6	Estuda a cobertura da população alvo da sua área de abrangência referente à Citologia Oncótica?	1	2	98	99
2.30.7	Estuda a cobertura da população alvo da sua área de abrangência referente à Mamografia?	1	2	98	99
2.30.8	Quantas consultas de pré-natal foram realizadas pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 99 – NS/NI 98 – NA <sup>15</sup>			
2.30.9	Quantos exames preventivos (Papanicolau) são realizados pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 99 – NS/NI 98 – NA <sup>15</sup>			

IN-P-Atendimento

 <b>2.31 Saúde da Gestante:</b>					
		1 - Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
2.31.1	Identifica <u>todas</u> as gestantes da área de abrangência?	1	2	98	99
2.31.2	Solicita exames anti-HIV e VDRL no pré-natal?	1	2	98	99
2.31.3	Avalia o calendário de vacinação antitetânica da gestante?	1	2	98	99
2.31.4	Realiza avaliação do estado nutricional da gestante?	1	2	98	99
2.31.5	Identifica a gestante com patologias que possa resultar em trabalho de parto prematuro (infecção do trato urinário, doença hipertensiva da gravidez, diabetes) e/ou de baixo peso?	1	2	98	99
2.31.6	Realiza encaminhamento para o pré-natal no serviço de referência, quando indicado?	1	2	98	99
2.31.7	Realiza <u>consulta médica</u> de pré-natal programada (não considerar intercorrência)?	1	2	98	99
2.31.8	Realiza <u>consulta de enfermagem</u> de pré-natal programada (não considerar intercorrência)?	1	2	98	99
2.31.9	Realiza atividade de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis para gestantes?	1	2	98	99
2.31.10	Realiza consultas puerperais, para gestantes, até 40 dias após o parto?	1	2	98	99
2.31.11	Discute os óbitos maternos e infantis ocorridos na área de abrangência da UBS?	1	2	98	99

<sup>15</sup> A equipe não tem Médico nem Enfermeiro

2.31.12 Trata as gestantes com VDRL + e toxoplasmose?	1	2	98	99
2.31.13 Trata com AZT as gestantes HIV + ?	1	2	98	99
2.31.14 Monitora a gestante (busca ativa de faltosas, manutenção do vínculo das encaminhadas para o alto risco)?	1	2	98	99
2.31.15 Quantas imunizações em gestantes são realizadas pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI	98 – NA <sup>15</sup>
2.31.16 Quantas consultas foram realizadas pela equipe de saúde para mulheres em média, por mês?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI	98 – NA <sup>15</sup>

#### IN-P-Atendimento -

	<b>2.32 Quais dos seguintes procedimentos estão incluídos na consulta típica de pré-natal do médico e do enfermeiro?</b> (se NÃO, NA ou NS/NI nas duas questões anteriores, marcar 98 – NA para o respectivo profissional)								
	<b>Médico</b>				<b>Enfermeiro</b>				
	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 - NA<sup>16</sup></b>	<b>99 - NS/NI</b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 - NA<sup>17</sup></b>	<b>99 - NS/NI</b>	
2.32.1	Avaliação de peso	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.2	Avaliação da pressão arterial	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.3	Verificação da situação vacinal	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.4	Avaliação de risco	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.5	Medida da altura uterina	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.6	Auscultas de BCF (batimentos cardíaco-fetais)	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.7	Orientação ao aleitamento materno	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.8	Solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal	1	2	98	99	1	2	98	99
2.32.9	Registro de todas as anotações no cartão da gestante	1	2	98	99	1	2	98	99

LER	Vou listar algumas ações relativas à Saúde da Criança e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais, ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.
-----	--

#### IN-P-Atendimento -

	<b>2.33 Saúde da Criança:</b>				
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 – NA<sup>18</sup></b>	<b>99 - NS/NI</b>
2.33.1	Faz visita domiciliar até o 5º dia após a alta para os Recém Nascidos incluindo os de baixo peso e	1	2	98	99

<sup>16</sup> Não existe médico na equipe.

<sup>17</sup> Não existe enfermeiro na equipe.

<sup>18</sup> Não existe médico ou enfermeiro na equipe. Nas questões 2.11 e 2.12, se não é feito atendimento clínico em obstetria (opção 2 – Não em 2.4.8 e 2.5.10, respectivamente).



### 2.33 Saúde da Criança:

	1 - Sim	2 - Não	98 – NA <sup>18</sup>	99 - NS/NI
os prematuros?				
2.33.2 Cadastra e vincula ao serviço todas as crianças da área de abrangência?	1	2	98	99
2.33.3 Realiza a coleta de sangue para o Teste do Pezinho conforme Protocolo?	1	2	98	99
2.33.4 Avalia caderneta da criança e condições de alta da maternidade?	1	2	98	99
2.33.5 Realiza agendamento da triagem auditiva neonatal?	1	2	98	99
2.33.6 Cadastra e acompanha as crianças no Programa Criança Que Chia?	1	2	98	99
2.33.7 Realiza tratamento da criança desidratada?	1	2	98	99
2.33.8 Trata as crianças com crise aguda de asma?	1	2	98	99
2.33.9 Trata os RN's com sífilis congênita sem relato de tratamento na maternidade?	1	2	98	99
2.33.10 Faz busca ativa dos faltosos e dos egressos hospitalares?	1	2	98	99
2.33.11 Garante a imunização conforme o preconizado no Protocolo?	1	2	98	99
2.33.12 Identifica e investiga as causas dos óbitos infantis evitáveis ocorridos na área de abrangência da UBS?	1	2	98	99
2.33.13 Incentiva ao aleitamento materno?	1	2	98	99
2.33.14 Fornece às mães orientações sobre os cuidados com o bebê?	1	2	98	99
2.33.15 Realiza consulta as consultas programadas para crianças até 2 anos para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	1	2	98	99
2.33.16 Além de acompanhar no centro de saúde, encaminha para o serviço de referência os RNBP e RNPT?	1	2	98	99
2.33.17 Acompanha no centro de saúde e encaminha crianças com toxoplasmose, HIV e sífilis para o serviço de referência?	1	2	98	99
2.33.18 Realiza acompanhamento da criança desnutrida conforme protocolo?	1	2	98	99
2.33.19 Realiza acompanhamento de casos identificados de crianças com sofrimento mental em parceria com a equipe de saúde mental?	1	2	98	99
2.33.20 Após 2 anos, realiza avaliação anual de todas as crianças?	1	2	98	99
2.33.21 Notifica e acompanha as crianças vítimas de maus tratos?	1	2	98	99

IN-P-Atendimento -

	Médico				Enfermeiro			
	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>19</sup>	99 - NS/NI	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>20</sup>	99 - NS/NI
 2.34 Quais dos seguintes procedimentos estão incluídos na consulta típica de crianças do médico ou do enfermeiro? Se NÃO, NA ou NS em 2.16, 2.17 e 2.18, marcar NA ao respectivo profissional.								
2.34.1 Orientação alimentar	1	2	98	99	1	2	98	99
2.34.2 Verificação da situação vacinal	1	2	98	99	1	2	98	99
2.34.3 Avaliação de risco social	1	2	98	99	1	2	98	99
2.34.4 Registra todas as anotações no cartão da criança	1	2	98	99	1	2	98	99
2.34.5 Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)	1	2	98	99	1	2	98	99

LER	Vou listar algumas ações relativas às doenças crônicas e não transmissíveis e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais, ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.
-----	--

IN-P-Atendimento -

	HIPERTENSÃO ARTERIAL				
	1 - Sim	2 - Não	3- Não houve caso	98 - NA <sup>21</sup>	99 - NS/NI
 2.35 Doenças Crônicas Não Transmissíveis:					
2.35.1 Identifica todos os hipertensos da área de abrangência da ESF?	1	2	3	98	99
2.35.2 Faz o cadastro dos hipertensos no Protocolo de HAS/RCV?	1	2	3	98	99
2.35.3 Realiza a estratificação do risco cardiovascular para todos os hipertensos cadastrados no Protocolo de HAS/RCV?	1	2	3	98	99
2.35.4 A programação das atividades da unidade de saúde para os hipertensos é feita de acordo com a estratificação de risco?	1	2	3	98	99
2.35.5 Realiza Grupos Operativo-Educativos, conduzidos por médico e/ou enfermeiro, para todos os hipertensos cadastrados?	1	2	3	98	99
2.35.6 Realiza consultas médicas e de enfermagem para todos os hipertensos (conforme proposto no protocolo de HAS e RCV) de acordo com a estratificação de risco?	1	2	3	98	99

<sup>19</sup> Não existe médico na equipe.

<sup>20</sup> Não existe enfermeiro na equipe.

<sup>21</sup> Não existe médico ou enfermeiro na equipe.



### 2.35 Doenças Crônicas Não Transmissíveis:

2.35.7	Realiza a referência para Atenção Secundária, dos casos indicados aos serviços de média e alta complexidade, com o devido acompanhamento do paciente por toda a rede assistencial?	1	2	3	98	99
2.35.8	O ACS realiza visitas domiciliares para os hipertensos cadastrados?	1	2	3	98	99
2.35.9	Quantas consultas para hipertensos são realizadas pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	

DIABETES		1 - Sim	2 - Não	3- Não houve caso	98 - NA <sup>22</sup>	99 - NS/NI
2.35.10	Identifica todos os diabéticos da área de abrangência da ESF?	1	2	3	98	99
2.35.11	Realiza atividades de prevenção (mudança de estilo de vida) junto aos portadores de fatores de risco para desenvolvimento de diabetes?	1	2	3	98	99
2.35.12	Avalia durante as consultas o risco do paciente desenvolver diabetes?	1	2	3	98	99
2.35.13	Realiza acompanhamento dos diabéticos incluindo a prescrição de medicamentos quando necessário?	1	2	3	98	99
2.35.14	Realiza o cadastro de Portadores de Diabetes usuários de insulina?	1	2	3	98	99
2.35.15	Orienta devidamente os pacientes descompensados para acompanhamento adequado?	1	2	3	98	99
2.35.16	Encaminha e acompanha rotineiramente o fornecimento dos insumos para diabéticos tipo 1 de sua área de abrangência?	1	2	3	98	99
2.35.17	Cadastra regularmente os diabéticos tipo 2 para recebimento dos insumos pertinentes?	1	2	3	98	99
2.35.18	Orienta os diabéticos quando recebem os insumos para o uso correto dos aparelhos (glicosímetros e lancetadores)?	1	2	3	98	99
2.35.19	Visita e/ou acompanha os diabéticos egressos hospitalares?	1	2	3	98	99
2.35.20	Encaminha regularmente os diabéticos mal controlados ou com complicações crônicas para as respectivas especialidades? (nefrologia, cardiologia, angiologia, neurologia, oftalmologia).	1	2	3	98	99
2.35.21	Questiona os pacientes quanto ao acompanhamento clínico e laboratorial regular? (urina rotina ou microalbuminúria, escórias, controle glicêmico e lipídico)	1	2	3	98	99
2.35.22	Realiza exame dos pés dos pacientes durante as consultas médicas e de enfermagem?	1	2	3	98	99
2.35.23	Utiliza o monofilamento para o exame dos pés?	1	2	3	98	99
2.35.24	Conhece o funcionamento do ambulatório de pé diabético?	1	2	3	98	99

<sup>22</sup> Não existe médico ou enfermeiro na equipe.

DIABETES		1 - Sim	2 - Não	3- Não houve caso	98 - NA <sup>22</sup>	99 - NS/NI
2.35.25	Utiliza o prontuário eletrônico do diabético?	1	2	3	98	99
2.35.26	Quantas glicemias capilares são realizadas pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	
2.35.27	Quantas consultas para diabéticos são realizadas pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	

**IN-P-Atendimento -**

		Médico				Enfermeiro			
		1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>23</sup>	99 - NS/NI	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>24</sup>	99 - NS/NI
	<b>2.36</b> Quais dos seguintes procedimentos estão incluídos na consulta típica de doenças crônicas não transmissíveis do médico e do enfermeiro?								
2.36.1	Orientação alimentar	1	2	98	99	1	2	98	99
2.36.2	Orientação de atividades físicas	1	2	98	99	1	2	98	99
2.36.3	Orientação contra o tabagismo	1	2	98	99	1	2	98	99
2.36.4	Cálculo do IMC (índice de massa corporal)	1	2	98	99	1	2	98	99
2.36.5	Avaliação dos pés (diabéticos)	1	2	98	99	1	2	98	99
2.36.6	Cálculo de Escore de Framingham para classificação de risco cardiovascular	1	2	98	99	1	2	98	99

LER	Vou listar algumas ações relativas às doenças infecto-contagiosas e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais, ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.
-----	--

**IN-P-Atendimento -**

2.37 Doenças Infecto-Contagiosas: Hanseníase		1 - Sim	2 - Não	3- Não houve caso	98 - NA <sup>25</sup>	99 - NS/NI
						
2.37.1	Realiza acolhimento orientado para o usuário do serviço de saúde com sinais e/ou sintomas de Hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.2	Identifica todos os pacientes com quadro clínico sugestivo de Hanseníase?	1	2	3	98	99

<sup>23</sup> Não existe médico na equipe.

<sup>24</sup> Não existe enfermeiro na equipe.

<sup>25</sup> Não existe médico ou enfermeiro na equipe.



## 2.37 Doenças Infecto-Contagiosas: Hanseníase

2.37.3	Realiza consulta médica para diagnóstico de hanseníase de todos os usuários suspeitos?	1	2	3	98	99
2.37.4	Realiza exame de enfermagem para todos os pacientes com quadro clínico sugestivo de Hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.5	Realiza consultas médicas para acompanhamento de todos os usuários com hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.6	Realiza consultas médicas mensais para tratamento medicamentoso, conforme linha guia?	1	2	3	98	99
2.37.7	Identifica precocemente e encaminha todos os usuários com surtos reacionais hansênicos?	1	2	3	98	99
2.37.8	Realiza consultas médicas mensais para orientação sobre auto cuidado dos usuários com surtos reacionais hansênicos, conforme linha guia?	1	2	3	98	99
2.37.9	Realiza consultas de enfermagem para todos os usuários com hanseníase, alternadas com as consultas médicas?	1	2	3	98	99
2.37.10	Realiza avaliação dos contatos intra-domiciliares de Hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.11	Realiza consulta médica de todos os contatos com suspeição de hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.12	O enfermeiro realiza exame dermatoneurológico dos contatos dos usuários com hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.13	O médico realiza exame dermatoneurológico dos contatos dos usuários com hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.14	Aplica vacina BCG em todos os contatos com diagnóstico não confirmado de hanseníase e que tenham indicação de profilaxia?	1	2	3	98	99
2.37.15	Administra a dose supervisionada mensal para portadores de Hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.16	A ESF realiza a entrega de medicamentos específicos para tratamento de hanseníase? (considerar entrega na UBS)	1	2	3	98	99
2.37.17	Envia regularmente a estimativa de medicamentos e demais insumos a fim de garantir o tratamento aos pacientes com Hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.18	Organiza prontuário individualizado para cada paciente com Hanseníase, acrescido de impressos específicos?	1	2	3	98	99
2.37.19	Notifica, no SINAN, os casos novos diagnosticados de Hanseníase conforme orientações técnicas recomendadas?	1	2	3	98	99
2.37.20	Envia mensalmente os dados atualizados do sistema de informação bem como o Boletim de Acompanhamento?	1	2	3	98	99
2.37.21	Realiza tratamento e acompanhamento de todos os contatos com diagnóstico de hanseníase confirmado, sem complicações e/ou sem surtos reacionais?	1	2	3	98	99
2.37.22	Avalia periodicamente com monofilamentos, em consulta de retorno, a perda sensitiva dos portadores de hanseníase?	1	2	3	98	99
2.37.23	Avalia todos os usuários com hanseníase quanto ao grau de incapacidade?	1	2	3	98	99

 2.37 Doenças Infecto-Contagiosas: Hanseníase						
2.37.24	Realiza orientação para todos os usuários com grau 0 de incapacidade?	1	2	3	98	99
2.37.25	Encaminha para tratamento complementar todos os usuários com grau 1 e 2 de incapacidade?	1	2	3	98	99
2.37.26	Após alta médica os usuários com Hanseníase são acompanhados?	1	2	3	98	99
2.37.27	Identifica todos os usuários com surtos reacionais hansênicos, com incapacidade ou deformidade física, no momento da alta da poliquimioterapia (PQT) ou após esta?	1	2	3	98	99
2.37.28	Acompanha e encaminha para tratamentos complementares os usuários com surtos reacionais hansênicos, com incapacidade ou deformidade física, no momento da alta da PQT, ou após esta?	1	2	3	98	99
2.37.29	Utiliza o cartão de agendamento para uso do paciente, onde se registra a data de retorno à unidade de saúde e monitoramento do tratamento?	1	2	3	98	99
2.37.30	Existe no programa da Hanseníase a definição do papel a ser exercido pelo Agente Comunitário de Saúde?	1	2	3	98	99
2.37.31	Existe no programa da Hanseníase a definição do papel a ser exercido pelo Cirurgião Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário?	1	2	3	98	99
2.37.32	Existe no programa da Hanseníase a estratégia de sensibilização e capacitação de todo o corpo administrativo da UBS ?	1	2	3	98	99
2.37.33	Quantos exames dermatoneurológicos para o diagnóstico de hanseníase são realizados em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	
2.37.34	Quantas consultas para a dose supervisionada são realizadas pela equipe em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	

**IN-P-Atendimento -**

 2.38 Doenças Infecto-Contagiosas: Tuberculose						
2.38.1	Realiza diagnóstico de Tuberculose?	1	2	3	98	99
2.38.2	Realiza avaliação dos contatos dos portadores de Tuberculose?	1	2	3	98	99
2.38.3	Realiza prescrição de medicamentos específicos para tratamento da Tuberculose?	1	2	3	98	99
2.38.4	Realiza acompanhamento de portadores de Tuberculose?	1	2	3	98	99
2.38.5	Realiza o tratamento supervisionado de tuberculose (DOTS) no mínimo 3 vezes por semana nos dois primeiros meses e 2 vezes por semana, nos quatro meses restantes de tratamento?	1	2	3	98	99
2.38.6	Vacina todos os recém-nascidos com vacina BCG?	1	2	3	98	99
2.38.7	Realiza ações de conscientização da comunidade para detecção dos sintomáticos respiratórios?	1	2	3	98	99
2.38.8	Identifica todos os sintomáticos respiratórios que freqüentarem a UBS?	1	2	3	98	99

 2.38 Doenças Infecto-Contagiosas: Tuberculose						
2.38.9	Registra todos os sintomáticos respiratórios identificados?	1	2	3	98	99
2.38.10	Quando há caso de tuberculose na equipe, é rotina que o mesmo seja discutido na reunião de equipe?					
2.38.11	Solicita baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios identificados?	1	2	3	98	99
2.38.12	Realiza PPD nos casos indicados pelo protocolo?					
2.38.13	Cobra do laboratório o resultado de baciloscopia até 24 horas após a coleta?					
2.38.14	Preenche a ficha de notificação para todo caso confirmado?	1	2	3	98	99
2.38.15	Registra no Livro de registro todos os casos diagnosticados e em tratamento na UBS?	1	2	3	98	99
2.38.16	Realiza consultas mensais de acompanhamento e consulta de encerramento para cada paciente?	1	2	3	98	99
2.38.17	Oferece o teste de detecção de HIV para adultos com tuberculose confirmada?	1	2	3	98	99
2.38.18	Preenche a ficha de acompanhamento mensal/ Encerramento do Caso e encaminha imediatamente para a GEREPI?	1	2	3	98	99
2.38.19	Realiza consulta médica de todos os contatos de tuberculose pulmonar bacilífera?	1	2	3	98	99
2.38.20	Realiza RX Tórax de todos os contatos?	1	2	3	98	99
2.38.21	Realiza quimioprofilaxia de todos os contatos com situações de risco?	1	2	3	98	99
2.38.22	Quantos testes anti- HIV são ofertados para os casos de tuberculose pela equipe de saúde em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	
2.38.23	Quantas baciloscopias de controle para casos positivos são realizadas pela equipe em média, por mês?	<input type="text"/>			99 – NS/NI	

**IN-P-Atendimento -**

 2.39 Doenças Infecto-Contagiosas: DST's						
2.39.1	Realiza diagnóstico sindrômico de doenças sexualmente transmissíveis (DST)?	1	2	3	98	99
2.39.2	Realiza aconselhamento sobre a importância da realização do teste (pré-teste)?	1	2	3	98	99
2.39.3	Solicita e viabiliza a realização do teste anti-HIV?	1	2	3	98	99
2.39.4	Solicita e viabiliza o teste anti-HIV no pré-natal?	1	2	3	98	99
2.39.5	Realiza exame médico e laboratorial da gestante HIV+?	1	2	3	98	99
2.39.6	Realiza prescrição de medicamentos e acompanhamento de Doenças sexualmente transmissíveis (DST), exceto HIV/Aids e Hepatites?	1	2	3	98	99
2.39.7	Realiza 1º atendimento do paciente HIV+ na UBS com avaliação médica?	1	2	3	98	99
2.39.8	Vincula o paciente HIV+ à UBS e acompanha atendimento especializado desses pacientes,	1	2	3	98	99



## 2.39 Doenças Infecto-Contagiosas: DST's

	observando a realização de exames complementares, sinais e sintomas da doença, adesão ao tratamento, eventos adversos aos medicamentos e outras intercorrências?						
2.39.9	Encaminha a gestante para atendimento especializado ou serviço municipal com médico capacitado para tratar HIV?	1	2	3	98	99	
2.39.10	Encaminha para atendimento psicológico o paciente HIV +, quando há necessidade?	1	2	3	98	99	
2.39.11	Elabora relatório para encaminhar o paciente a um serviço referência para atender HIV/AIDS?	1	2	3	98	99	
2.39.12	Quando necessário encaminha o portador do HIV às ONG, nos locais onde existe?	1	2	3	98	99	
2.39.13	Acompanha atendimento especializado de gestantes, observando a realização de exames complementares, sinais e sintomas da doença, adesão ao tratamento, eventos adversos aos medicamentos e outras intercorrências?	1	2	3	98	99	
2.39.14	Faz acompanhamento do recém-nascido exposto ao HIV que não pode ser amamentado, em conjunto com o Centro de Referência em HIV?	1	2	3	98	99	
2.39.15	Realiza sensibilizações ou campanhas de prevenção, com relação ao HIV e a AIDS, realizando ações educativas e preventivas?	1	2	3	98	99	
2.39.16	Capta a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde para ações de prevenção?	1	2	3	98	99	
2.39.17	Capta 100% da população considerada mais vulnerável da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família?	1	2	3	98	99	
2.39.18	Disponibiliza mensalmente preservativos masculinos, priorizando as populações mais vulneráveis?	1	2	3	98	99	
2.39.19	Sensibiliza sobre a importância de seus/ suas parceiros (as) testarem e se tratarem e do uso do preservativo para se proteger de uma re-infecção e/ou infecção que pode apressar a evolução da doença e comprometer o tratamento?	1	2	3	98	99	
2.39.20	Capta 100% das gestantes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde?	1	2	3	98	99	
2.39.21	Realiza aconselhamento no pós-teste anti HIV?	1	2	3	98	99	
2.39.22	Quantos aconselhamentos (pré e pós-teste) são realizados pela equipe de saúde em média, por mês?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI
2.39.23	Quantos testes são realizados pela equipe de saúde em média, por mês?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI
2.39.24	Quantos parceiros dos diagnosticados são orientados pela equipe de saúde em média, por mês?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI
2.39.25	Quantos casos estão em terapia antirretroviral sob responsabilidade da equipe atualmente?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	99 – NS/NI

LER	Vou listar algumas ações relativas à vigilância epidemiológica e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.
-----	--

**IN-P-Atendimento -**

	<b>2.40 Vigilância Epidemiológica:</b>				
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>3- Não houve caso</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.40.1</b>	<b>A equipe faz o preenchimento das fichas de doenças de notificação compulsória?</b>	1	2	3	99
<b>2.40.2</b>	<b>Faz notificação de casos de violência?</b>	1	2	3	99
<b>2.40.3</b>	<b>A equipe realiza a investigação de casos de doenças de notificação compulsória?</b>	1	2	3	99
<b>2.40.4</b>	<b>A equipe realiza medidas para controle de casos e surtos (considerar vacinação de bloqueio e quimioprofilaxia, entre outros)?</b>	1	2	3	99
<b>2.40.5</b>	<b>Investiga causas e motivos relacionados aos óbitos ocorridos, recorrendo a documentos e/ou depoimentos?</b>	1	2	3	99
<b>2.40.6</b>	<b>Investiga causas, motivos e desdobramentos das internações ocorridas, recorrendo a documentos e/ou depoimentos?</b>	1	2	3	99

LER	Vou listar algumas ações relativas à Saúde Mental e gostaria que você me dissesse quais delas são realizadas pela ESF, não abordando as ações que sejam consideradas ideais, ou que a equipe gostaria de fazer, mas sim as que são realizadas.
-----	--

**IN-P-Atendimento -**

	<b>2.41 Saúde Mental</b>			
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.41.1</b>	<b>Identifica todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?</b>	1	2	99
<b>2.41.2</b>	<b>Encaminha para o serviço de referência todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?</b>	1	2	99
<b>2.41.3</b>	<b>Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)?</b>	1	2	99
<b>2.41.4</b>	<b>Identifica e registra todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas?</b>	1	2	99
<b>2.41.5</b>	<b>Acompanha junto com a equipe de saúde mental todos os usuários portadores de sofrimento mental grave e persistente (psicóticos e neuróticos graves)?</b>	1	2	99

 2.41 Saúde Mental				
2.41.6	Acompanha junto com a equipe de saúde mental todos os usuários portadores de sofrimento mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas?	1	2	99
2.41.7	A equipe participa da elaboração do projeto terapêutico individual e de sua reformulação quando necessário?	1	2	99
2.41.8	A equipe participa de apoio matricial da microrregião?	1	2	99
2.41.9	Realiza consultas mensais, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os usuários portadores de sofrimento mental grave?	1	2	99
2.41.10	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?	1	2	99
2.41.11	Promove a participação de todos os usuários portadores de sofrimento mental grave em atividades psicossociais e/ou comunitárias para promoção de reinserção social?	1	2	99
2.41.12	Encaminha os usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas para serviços de apoio social (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, ou outros)?	1	2	99

#### IN-P-Atendimento -

 2.42 Saúde do Adolescente				
		1 - Sim	2 - Não	99 - NS/NI
2.42.1	Inscreve todos os adolescentes da área de abrangência no acompanhamento da UBS?	1	2	99
2.42.2	Identifica todos os adolescentes usuários de substâncias lícitas ou ilícitas?	1	2	99
2.42.3	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?	1	2	99
2.42.4	Reconhece e faz diagnóstico das múltiplas causas que podem estar envolvidas no estado de obesidade moderada e grave? Como, por exemplo, aspectos culturais, emocionais, relativos à própria adolescência, relativos à família.	1	2	99
2.42.5	Realiza consulta médica anual de acompanhamento para todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos inscritos?	1	2	99
2.42.6	Realiza consultas de acompanhamento periódicas, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os adolescentes com obesidade?	1	2	99
2.42.7	Trata e acompanha todos os adolescentes sobre uso de substâncias lícitas ou ilícitas?	1	2	99
2.42.8	Encaminha todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado	1	2	99
2.42.9	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?	1	2	99
2.42.10	Notifica e acompanha adolescentes vítimas de maus tratos?	1	2	99

 2.42 Saúde do Adolescente				
2.42.11	Realiza imunização de todos os adolescentes inscritos?	1	2	99
2.42.12	Fornecer métodos anticoncepcionais (preservativos masculinos e/ou femininos, pílula do dia seguinte e pílulas de baixa dosagem) para todos os adolescentes que manifestarem interesse?	1	2	99
2.42.13	Promove grupos educativos sobre sexualidade segura e sobre as repercussões emocionais relativas às transformações biopsicossociais próprias da adolescência?	1	2	99
2.42.14	Promove, na abordagem, a participação e o protagonismo dos adolescentes nas ações de recuperação, promoção e prevenção à saúde?	1	2	99
2.42.15	Realiza atividades educativas específicas para os adolescentes com uso esporádico de substâncias lícitas ou ilícitas?	1	2	99
2.42.16	Realiza grupos educativos de promoção do estilo de vida saudável e ações de prevenção de distúrbios nutricionais?			

#### IN-P-Atendimento -

 2.43 Saúde do Idoso				
		1 - Sim	2 - Não	99 - NS/NI
2.43.1	Identifica todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e cadastra para acompanhamento?	1	2	99
2.43.2	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?	1	2	99
2.43.3	Utiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para detectar ou monitorar os sinais de fragilização?	1	2	99
2.43.4	Realiza assistência domiciliar para todos os idosos cadastrados que estão restritos ao domicílio?	1	2	99
2.43.5	Orienta os cuidadores domiciliares para o cuidado do idoso frágil?			
2.43.6	Garante Imunização para Influenza, Pneumococo e Tétano?	1	2	99
2.43.7	Realiza exames complementares na primeira consulta como Hemograma, Glicemia de jejum, Vitamina B12, TSH, ácido fólico, uréia, creatinina, Urina rotina ou outros?	1	2	99
2.43.8	Realiza, com apoio do NASF, perfil nutricional dos idosos frágeis e daqueles em dieta enteral?	1	2	99
2.43.9	Realiza anualmente os exames: Glicemia de Jejum, TSH, Colesterol fracionado, Triglicérides, PSA, função renal, perfil nutricional ou outros conforme necessidade?	1	2	99
2.43.10	Encaminha para avaliação ginecológica, urológica e saúde bucal periodicamente?	1	2	99
2.43.11	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?	1	2	99
2.43.12	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?	1	2	99

	<b>2.43 Saúde do Idoso</b>			
<b>2.43.13</b>	<b>Encaminha os idosos frágeis para as consultas de geriatria, de acordo com os critérios estabelecidos pela SMSA?</b>	1	2	99
<b>2.43.14</b>	<b>Encaminha os idosos para avaliação da reabilitação, favorecendo uma intervenção mais precoce, tanto no paciente quanto no ambiente onde ele vive?</b>	1	2	99
<b>2.43.15</b>	<b>Orienta idosos e familiares a participar das atividades das demais Secretarias pertinente à atenção ao idoso (grupos de convivência, Programa Vida Ativa, etc)?</b>	1	2	99
<b>2.43.16</b>	<b>Orienta o cuidador para o compromisso com a sua saúde?</b>	1	2	99

**IN-P-Atendimento -**

	<b>2.44 A equipe desenvolve as seguintes ações referentes a práticas integrativas complementares?</b>			
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.44.1</b>	<b>Medicina tradicional chinesa – acupuntura</b>	1	2	99
<b>2.44.2</b>	<b>Homeopatia</b>	1	2	99
<b>2.44.3</b>	<b>Fitoterapia</b>	1	2	99
<b>2.44.4</b>	<b>Termalismo – Crenoterapia</b>	1	2	99
<b>2.44.5</b>	<b>Medicina antroposófica</b>	1	2	99
<b>2.44.6</b>	<b>Práticas Corporais/Atividades Físicas</b>	1	2	99
<b>2.44.7</b>	<b>Terapia comunitária</b>	1	2	99

**IN-P-Atendimento -**

	<b>Planejamento Familiar</b>					
<b>2.45</b>	<b>Quais os métodos contraceptivos ofertados pela Equipe? <u>(SE NÃO FOR OFERTADO, PERGUNTAR O PORQUÊ)</u></b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não, falta profissional capacitado</b>	<b>3 - Não, falta o método</b>	<b>4 –Não, por ambos os motivos</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>2.45.1</b>	<b>Anticoncepcional oral</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.2</b>	<b>Anticoncepcional injetável</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.3</b>	<b>Preservativo masculino</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.4</b>	<b>Preservativo feminino</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.5</b>	<b>Diafragma</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.6</b>	<b>DIU</b>	1	2	3	4	99
<b>2.45.7</b>	<b>Contracepção de emergência</b>	1	2	3	4	99

**IN-P-Atendimento -**



## Alimentação e Nutrição

	1 - Sim	2 - Não	98 – NA <sup>26</sup>	99 - NS/NI
<b>2.46</b> A equipe acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família com o registro em sistema de informação?	1	2	98	99

<sup>26</sup> Não existem pessoas na área de abrangência participando do Programa Bolsa Família.

### 3 PARTE 3 - ACESSO A SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS



Essa seção busca informações referentes ao acesso a serviços e procedimentos de saúde.

	3.1 CO-E-Rede de Referência - Os seguintes exames estão disponíveis na rede do SUS como referência para a ESF?			Se SIM na 3.1, pergunte: 3.1.1 Qual o prazo de retorno dos exames para o usuário?					
	1 Sim	2 Não	99 NS/NI	1 Com prazo de até 15 dias	2 Com prazo entre 15 e 30 dias	3 Com prazo de 30 a 90 dias	4 Com prazo de mais de 90 dias	98 NA <sup>27</sup>	99 NS/NI
1. Coleta de sangue para triagem neonatal (teste do pezinho)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
2. Citopatologia de colo de útero	1	2	99	1	2	3	4	98	99
3. Elisa para HIV	1	2	99	1	2	3	4	98	99
4. Teste de gravidez (TIG) (Teste Imunológico de gravidez)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
5. Teste de gravidez (Beta HCG)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
6. VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) (inclusive quantitativo)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
7. Glicemia em jejum	1	2	99	1	2	3	4	98	99
8. Hemoglobina glicosilada	1	2	99	1	2	3	4	98	99
9. EAS (Exame comum de urina)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
10. Microalbuminúria	1	2	99	1	2	3	4	98	99
11. Glicemia plasmática	1	2	99	1	2	3	4	98	99
12. Colesterol total	1	2	99	1	2	3	4	98	99
13. LDL (Low Density Lipoproteins)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
14. Triglicerídeos	1	2	99	1	2	3	4	98	99
15. Creatinina	1	2	99	1	2	3	4	98	99
16. Potássio	1	2	99	1	2	3	4	98	99
17. Hemograma completo	1	2	99	1	2	3	4	98	99
18. Pesquisa de BAAR (escarro)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
19. Raio X tórax (sem contraste)	1	2	99	1	2	3	4	98	99
20. Mamografia Bilateral	1	2	99	1	2	3	4	98	99
21. Eletrocardiograma	1	2	99	1	2	3	4	98	99
22. Colposcopia	1	2	99	1	2	3	4	98	99

<sup>27</sup> O respectivo exame não está disponível na rede SUS como referência para a equipe.

 <b>3.2 CO-E-Rede de Referência - Os seguintes serviços estão disponíveis na rede SUS como referência para a ESF?</b>	<b>Se SIM na 3.2, pergunte as questões 3.2.1 e 3.2.2:</b>												
	 <b>3.2.1 Qual o prazo para marcação?</b>									<b>3.2.2 CO-E-Rede de Contra-Referência - A equipe recebe contra-referência dos serviços especializados?</b>			
	1 Sim	2 Não	99 NS/NI	1 Prazo de até 15 dias	2 Entre 15 e 30 dias	3 Com prazo de 30 a 90 dias.	4 Com prazo de mais de 90 dias.	98 NA <sup>28</sup>	99 NS/NI	1 Sim	2 Não	98 NA <sup>29</sup>	99 NS/NI
1. Ortopedia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
2. Cardiologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
3. Cirurgia Geral (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
4. Neurologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
5. Otorrinolaringologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
Dermatologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
6. Oftalmologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
7. Angiologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	1	98	99
8. Nefrologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
9. Endocrinologia (consulta médica)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
10. Saúde mental (consulta com psiquiatra, psicólogo ou assistente social)	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
11. Fisioterapia	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
12. Pré-Natal de alto risco	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
13. Colocação de DIU	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
14. Laqueadura tubária	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
15. Vasectomia	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
16. Infertilidade	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
17. Puericultura de Recém-nascidos de alto risco	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
18. Internação hospitalar nas clínicas básicas	1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99

<sup>28</sup> O respectivo serviço não está disponível na rede SUS como referência para a equipe.

<sup>29</sup> Idem.

 <b>3.2 CO-E-Rede de Referência - Os seguintes serviços estão disponíveis na rede SUS como referência para a ESF?</b>				<b>Se SIM na 3.2, pergunte as questões 3.2.1 e 3.2.2:</b>												
				 <b>3.2.1 Qual o prazo para marcação?</b>						<b>3.2.2 CO-E-Rede de Contra-Referência - A equipe recebe contra-referência dos serviços especializados?</b>						
				1 Sim	2 Não	99 NS/NI	1 Prazo de até 15 dias	2 Entre 15 e 30 dias	3 Com prazo de 30 a 90 dias.	4 Com prazo de mais de 90 dias.	98 NA <sup>28</sup>	99 NS/NI	1 Sim	2 Não	98 NA <sup>29</sup>	99 NS/NI
<b>19. Mapeamento de retina</b>				1	2	99	1	2	3	4	98	99	1	2	98	99
<b>20. Serviços de pronto-atendimento</b>				1	2	99							1	2	98	99
<b>21. Rede móvel (SAMU ou outras)</b>				1	2	99										

## 4 PARTE 4 - RECURSOS HUMANOS

 Essa seção busca identificar e qualificar os profissionais componentes da Equipe de Saúde da Família.

<b>Médico</b>													
	<b>4.1 Qual é a sua idade?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.2 Qual é o seu sexo?</b> 1. Masculino 2 Feminino 98. NA										
	<b>4.3 Qual a carga horária semanal cumprida?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.4 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99 – NS/NI										
	<b>4.5 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI					<b>4.6 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b>  R\$ _____ 98. NA 99. NS/NI							
	<b>4.7 Qual(is) o(s) curso(s) de pós-graduação já fez ou está fazendo?</b>				<b>Se sim, perguntar:</b> <b>4.7.1 Em qual área?</b>								
		1-Sim	2-Não	98-NA <sup>30</sup>	99-NS/NI	1 – Saúde da Família 2 – Saúde Coletiva 3 – Clínica Médica 4 – Ginecologia/Obstetrícia 5 – Pediatria 6 – Outra							
	<b>1 - Especialização</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>2 - Residência</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>3 - Mestrado ou Doutorado</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>4.8 O(a) Médico(a) tem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade?</b>												
1 – Sim 2 – Não 98 – NA 99 – NS/NI													

<sup>30</sup> Não existe o profissional

 <b>4.9 IN-E-Recursos Humanos - Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) médico(a) participou de atualizações nas mesmas nos últimos 3 anos. Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.</b>						<b>4.9.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)</b>
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>31</sup>	99-NS/NI	
1.1.1	Tuberculose	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.2	Dengue	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.3	Diabetes	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.4	DST/AIDS	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.5	Hanseníase	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.6	Hipertensão	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.7	Imunização	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.8	Alimentação e nutrição	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.9	Saúde da criança	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.10	Saúde da mulher	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.11	Saúde do idoso	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.12	Saúde do homem	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.13	Saúde do trabalhador	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.14	Saúde do adolescente	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.15	Saúde Mental	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9.16	Ações de Promoção à saúde (qualquer um dos seguintes temas: Tabagismo, álcool, drogas, violência, atividades físicas, etc)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 <b>4.10 O(A) médico(a) já fez <u>alguma vez</u> os cursos: (mesmo que há mais de 3 anos)</b>					
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>32</sup>	99-NS/NI
4.10.1	Curso Introdutório Saúde da Família (40 horas)	1	2	98	99
4.10.2	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99

<b>Enfermeiro</b>			
	<b>4.11 Qual é a sua idade?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.12 Qual é o seu sexo?</b> 1.Masculino 2 Feminino 98. NA
	<b>4.13 Qual a carga horária semanal cumprida?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.14 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses 98. NA 99 – NS/NI

<sup>31</sup> Não existe o profissional

<sup>32</sup> Não existe o profissional

	<b>4.15 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 – Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		<b>4.16 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b>  R\$ _____ 98. NA 99. NS/NI
---	---	---	--

	<b>4.17 Qual(is) o(s) curso(s) de pós-graduação já fez ou está fazendo?</b>	<b>Se sim, perguntar: 4.17.1 Em qual área?</b>											
		1-Sim	2-Não	98-NA <sup>33</sup>	99-NS/NI	1 – Saúde da Família 2 – Saúde Coletiva 3 – Clínica Médica 4 – Ginecologia/Obstetria 5 – Pediatria 6 – Outra							
	<b>1 - Especialização</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>2 - Residência</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI
	<b>3 - Mestrado ou Doutorado</b>	1	2	98	99	1	2	3	4	5	6	98 - NA	99 - NS/NI

	<b>4.18 O(a) Enfermeiro(a) tem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade?</b>
1 – Sim 2 – Não 98 – NA 99 – NS/NI	

	<b>4.19 IN-E-Recursos Humanos - Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) enfermeiro(a) participou de atualizações nas mesmas nos últimos 3 anos. Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.</b>					<b>4.19.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)</b>
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>34</sup>	99-NS/NI	
<b>4.19.2</b>	<b>Tuberculose</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.3</b>	<b>Dengue</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.4</b>	<b>Diabetes</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.5</b>	<b>DST/AIDS</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.6</b>	<b>Hanseníase</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.7</b>	<b>Hipertensão</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.8</b>	<b>Imunização</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.9</b>	<b>Alimentação e nutrição</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.10</b>	<b>Saúde da criança</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.11</b>	<b>Saúde da mulher</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
<b>4.19.12</b>	<b>Saúde do idoso</b>	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>

<sup>33</sup> Não existe o profissional

<sup>34</sup> Não existe o profissional

	4.19 IN-E-Recursos Humanos - <b>Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) enfermeiro(a) participou de atualizações nas mesmas <u>nos últimos 3 anos</u>. Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.</b>					4.19.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
4.19.13	Saúde do homem	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.19.14	Saúde do trabalhador	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.19.15	Saúde do adolescente	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.19.16	Saúde Mental	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.19.17	Ações de Promoção à saúde (qualquer um dos seguintes temas: Tabagismo, álcool, drogas, violência, atividades físicas, etc)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	4.20 O(A) enfermeiro(a) já fez <u>alguma vez</u> os cursos: (mesmo que há mais de 3 anos)				
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>35</sup>	99-NS/NI
4.20.1	Curso Introdutório Saúde da Família (40 horas)	1	2	98	99
4.20.2	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99

Auxiliar/Técnico de Enfermagem 01					
	4.21 Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		4.22 Qual é o seu sexo? 1.Masculino 2 Feminino 98. NA		
	4.23 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		4.24 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses 98. NA 99.NS/NI		
	4.25 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.26 Qual a sua escolaridade? 1 - Pós Graduação (Especialização, mestrado ou doutorado) 2 - Graduação 3 - Curso Técnico 4 - Ensino Médio 5 - Ensino Fundamental 6 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 7 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI		
	4.27 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98. NA 99. NS/NI				

<sup>35</sup> Não existe o profissional

	4.28 IN-E-Recursos Humanos - <b>Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) Auxiliar/Técnico de Enfermagem participou de atualizações nas mesmas nos últimos 3 anos. Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.</b>					4.28.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>36</sup>	99-NS/NI	
4.28.2	Tuberculose	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.3	Dengue	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.4	Diabetes	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.5	DST/AIDS	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.6	Hanseníase	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.7	Hipertensão	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.8	Imunização	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.9	Alimentação e nutrição	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.10	Saúde da criança	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.11	Saúde da mulher	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.12	Saúde do idoso	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.13	Saúde do homem	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.14	Saúde do trabalhador	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.15	Saúde do adolescente	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.16	Saúde Mental	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.17	Ações de Promoção à saúde (qualquer um dos seguintes temas: Tabagismo, álcool, drogas, violência, atividades físicas, etc)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.28.18	IN-P-Oferta de Vacinas – Capacitação para administrar vacinas	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
	4.29 O(A) Auxiliar/Técnico de Enfermagem já fez <u>alguma vez</u> os cursos: (mesmo que há mais de 3 anos)					4.29.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>37</sup>	99-NS/NI	
4.29.2	Curso Introdutório Saúde da Família (40 horas)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.29.3	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>

<sup>36</sup> Não existe o profissional

<sup>37</sup> Não existe o profissional

Auxiliar/Técnico de Enfermagem 02			
	<b>4.30 Qual é a sua idade?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.31 Qual é o seu sexo?</b> 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	<b>4.32 Qual a carga horária semanal cumprida?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.33 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	<b>4.34 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		<b>4.35 Qual a sua escolaridade?</b> 1 - Pós Graduação (Especialização, mestrado ou doutorado) 2 - Graduação 3 - Curso Técnico 4 - Ensino Médio 5 - Ensino Fundamental 6 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 7 - Nunca frequentou escola 98 - NA 99 - NS/NI
	<b>4.36 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b> R\$ _____ 98. NA 99. NS/NI		

	4.37 IN-E-Recursos Humanos - Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) Auxiliar/Técnico de Enfermagem participou de atualizações nas mesmas <u>nos últimos 3 anos</u> . Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.					4.37.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>38</sup>	99- NS/NI	
	4.37.2 Tuberculose	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.3 Dengue	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.4 Diabetes	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.5 DST/AIDS	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.6 Hanseníase	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.7 Hipertensão	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.8 Imunização	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.9 Alimentação e nutrição	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.10 Saúde da criança	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.11 Saúde da mulher	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.12 Saúde do idoso	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.37.13 Saúde do homem	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>

<sup>38</sup> Não existe o profissional

	<b>4.37</b> IN-E-Recursos Humanos - Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se o(a) Auxiliar/Técnico de Enfermagem participou de atualizações nas mesmas <u>nos últimos 3 anos</u> . Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.					4.37.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
4.37.14	Saúde do trabalhador	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.37.15	Saúde do adolescente	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.37.16	Saúde Mental	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.37.17	Ações de Promoção à saúde (qualquer um dos seguintes temas: Tabagismo, álcool, drogas, violência, atividades físicas, etc)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.37.18	IN-P-Oferta de Vacinas – Capacitação para administrar vacinas	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>4.38</b> O(A) Auxiliar/Técnico de Enfermagem já fez <u>alguma vez</u> os cursos: (mesmo que há mais de 3 anos)					4.38.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>39</sup>	99- NS/NI	
4.38.2	Curso Introdutório Saúde da Família (40 horas)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.38.3	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<sup>39</sup> Não existe o profissional

Agente Comunitário de Saúde 01			
	4.39 Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.40 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.41 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.42 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.43 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.44 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 - NA 99 - NS/NI
	4.45 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		4.46 Reside na área de abrangência da Equipe? 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	4.47 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.47.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>40</sup>	99- NS/NI	
	4.47.2 Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.47.3 Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.47.4 Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.47.5 Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>

Agente Comunitário de Saúde 02			
	4.48 Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.49 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.50 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.51 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.52 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato		4.53 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental

<sup>40</sup> Não existe o profissional

	Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI
	<b>4.54 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b>  R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		<b>4.55 Reside na área de abrangência da Equipe?</b> 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	<b>4.56 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?</b>					<b>4.56.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)</b>
		<b>1 – Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 – NA<sup>41</sup></b>	<b>99- NS/NI</b>	
<b>4.56.2</b>	<b>Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)</b>	1	2	98	99	<input type="text"/>
<b>4.56.3</b>	<b>Curso de formação do ACS (400 horas)</b>	1	2	98	99	<input type="text"/>
<b>4.56.4</b>	<b>Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares</b>	1	2	98	99	<input type="text"/>
<b>4.56.5</b>	<b>Outra. Qual?</b>	1	2	98	99	<input type="text"/>

<b>Agente Comunitário de Saúde 03</b>			
	<b>4.57 Qual é a sua idade?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.58 Qual é o seu sexo?</b> 1.Masculino 2 Feminino 98. NA
	<b>4.59 Qual a carga horária semanal cumprida?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.60 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99.NS/NI
	<b>4.61 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		<b>4.62 Qual a sua escolaridade?</b> 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI
	<b>4.63 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b>  R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		<b>4.64 Reside na área de abrangência da Equipe?</b> 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

<sup>41</sup> Não existe o profissional

	4.65 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.65.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>42</sup>	99- NS/NI	
						<input type="text"/>
4.65.2	Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.65.3	Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.65.4	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.65.5	Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/>

Agente Comunitário de Saúde 04			
	4.66 Qual é a sua idade? <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.67 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.68 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.69 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> Anos <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.70 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.71 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI
	4.72 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		4.73 Reside na área de abrangência da Equipe? 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	4.74 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.74.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>43</sup>	99- NS/NI	
						<input type="text"/>
4.74.2	Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.74.3	Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.74.4	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.74.5	Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/>

<sup>42</sup> Não existe o profissional

<sup>43</sup> Não existe o profissional

Agente Comunitário de Saúde 05			
	4.75 Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.76 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.77 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.78 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.79 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.80 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 - NA 99 - NS/NI
	4.81 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		4.82 Reside na área de abrangência da Equipe? 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	4.83 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.83.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>44</sup>	99- NS/NI	
	4.83.2 Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.83.3 Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.83.4 Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.83.5 Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>

Agente Comunitário de Saúde 06			
	4.84 Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.85 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.86 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.87 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI

<sup>44</sup> Não existe o profissional

	<b>4.88 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		<b>4.89 Qual a sua escolaridade?</b> 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI
	<b>4.90 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b>  R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		<b>4.91 Reside na área de abrangência da Equipe?</b> 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	<b>4.92 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?</b>					<b>4.92.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)</b>
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>45</sup>	99- NS/NI	
4.92.2	Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.92.3	Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.92.4	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>
4.92.5	Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="checkbox"/>

<b>Agente Comunitário de Saúde 07</b>					
	<b>4.93 Qual é a sua idade?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.94 Qual é o seu sexo?</b> 1.Masculino 2 Feminino 98. NA		
	<b>4.95 Qual a carga horária semanal cumprida?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. NA 99. NS/NI		<b>4.96 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses 98. NA 99.NS/NI		
	<b>4.97 Qual é seu vínculo de trabalho?</b> 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		<b>4.98 Qual a sua escolaridade?</b> 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI		

<sup>45</sup> Não existe o profissional

	<p><b>4.99 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b></p> <p>R\$ _____</p> <p>98 - NA</p> <p>99 - NS/NI</p>		<p><b>4.100 Reside na área de abrangência da Equipe?</b></p> <p>1 - Sim</p> <p>2 - Não</p> <p>98- NA</p> <p>99 - NS/NI</p>
---	---	---	--

	<p><b>4.101 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?</b></p>					<p><b>4.101.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)</b></p>
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>46</sup>	99- NS/NI	
4.101.2	Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.101.3	Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.101.4	Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/>
4.101.5	Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/>

<p><b>Agente Comunitário de Saúde 08</b></p>					
	<p><b>4.102 Qual é a sua idade?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI</p>		<p><b>4.103 Qual é o seu sexo?</b></p> <p>1. Masculino 2 Feminino 98. NA</p>		
	<p><b>4.104 Qual a carga horária semanal cumprida?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI</p>		<p><b>4.105 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI</p>		
	<p><b>4.106 Qual é seu vínculo de trabalho?</b></p> <p>1 - Estatutário</p> <p>2 - CLT</p> <p>3 - Contrato Temporário</p> <p>4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços)</p> <p>98. NA</p> <p>99 - NS/NI</p>		<p><b>4.107 Qual a sua escolaridade?</b></p> <p>1 - Graduação</p> <p>2 - Curso Técnico</p> <p>3 - Ensino Médio</p> <p>4 - Ensino Fundamental</p> <p>5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau</p> <p>6 - Nunca frequentou escola</p> <p>98 – NA</p> <p>99 – NS/NI</p>		
	<p><b>4.108 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos?</b></p> <p>R\$ _____</p> <p>98 - NA</p> <p>99 - NS/NI</p>		<p><b>4.109 Reside na área de abrangência da Equipe?</b></p> <p>1 - Sim</p> <p>2 - Não</p> <p>98- NA</p> <p>99 - NS/NI</p>		

<sup>46</sup> Não existe o profissional

	4.110 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.110.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>47</sup>	99- NS/NI	
						<input type="text"/>
	4.110.2 Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.110.3 Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.110.4 Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.110.5 Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/>

Agente Comunitário de Saúde 09			
	4.111 Qual é a sua idade? <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.112 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.113 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.114 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> Anos <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.115 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.116 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 – NA 99 – NS/NI
	4.117 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		4.118 Reside na área de abrangência da Equipe? 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	4.119 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.119.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>48</sup>	99- NS/NI	
						<input type="text"/>
	4.119.2 Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.119.3 Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.119.4 Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/>
	4.119.5 Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/>

<sup>47</sup> Não existe o profissional

<sup>48</sup> Não existe o profissional

Agente Comunitário de Saúde 10			
	4.120 Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.121 Qual é o seu sexo? 1. Masculino 2 Feminino 98. NA
	4.122 Qual a carga horária semanal cumprida? <input type="text"/> <input type="text"/> 98. NA 99. NS/NI		4.123 Há quanto tempo está nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês) <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Meses 98. NA 99. NS/NI
	4.124 Qual é seu vínculo de trabalho? 1 - Estatutário 2 - CLT 3 - Contrato Temporário 4- Outro (Cargo Comissionado, Contrato Informal/verbal, Cooperado, Prestação de Serviços) 98. NA 99 - NS/NI		4.125 Qual a sua escolaridade? 1 - Graduação 2 - Curso Técnico 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Fundamental 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau 6 - Nunca frequentou escola 98 - NA 99 - NS/NI
	4.126 Qual é o seu salário bruto mensal sem descontos? R\$ _____ 98 - NA 99 - NS/NI		4.127 Reside na área de abrangência da Equipe? 1 - Sim 2 - Não 98- NA 99 - NS/NI

	4.128 IN-E-Recursos Humanos – O ACS participou ou está participando de algumas das seguintes capacitações?					4.128.1.1 Qual a carga horária de treinamento? (Se 1 Sim na questão anterior)
		1 – Sim	2 - Não	98 – NA <sup>49</sup>	99- NS/NI	
	4.128.2 Curso Introdutório (mínimo de 40 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.128.3 Curso de formação do ACS (400 horas)	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.128.4 Treinamento para o preenchimento do SIAB ou sistemas similares	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>
	4.128.5 Outra. Qual?	1	2	98	99	<input type="text"/> <input type="text"/>

	4.129 Há quanto tempo os Agentes Comunitários de Saúde estão nesta Equipe? (se for inferior a 30 dias considerar 1 mês)					
1. ACS micro área 1	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica <sup>49</sup>	99 - Não sabe
2. ACS micro área 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
3. ACS micro área 3	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
4. ACS micro área 4	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
5. ACS micro área 5	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe

<sup>49</sup> Não existe o profissional

6.	ACS micro área 6	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
7.	ACS micro área 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
8.	ACS micro área 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
9.	ACS micro área 9	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe
10.	ACS micro área 10	<input type="text"/> <input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	98 - Não se aplica	99 - Não sabe

	<b>4.130</b> Vou citar algumas áreas e gostaria que você me dissesse se os Agentes Comunitários de Saúde da Equipe participaram de atualizações nas mesmas nos <u>últimos 3 anos</u> . <i>Favor não considerar eventos da indústria farmacêutica.</i>				
4.130.1	Tuberculose	1 – Sim	2 - Não	98 - NA <sup>50</sup>	99 - NS/NI
4.130.2	Dengue	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.3	Diabetes	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.4	DST/AIDS	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.5	Hanseníase	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.6	Hipertensão	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.7	Imunização	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.8	Alimentação e nutrição	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.9	Saúde da criança	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.10	Saúde da mulher	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.11	Saúde do idoso	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.12	Saúde do homem	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.13	Saúde do Trabalhador	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.14	Saúde do adolescente	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.15	Saúde Mental	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI
4.130.16	Ações de Promoção à saúde (qualquer um dos seguintes temas: Tabagismo, álcool, drogas, violência, atividades físicas, etc)	1 – Sim	2 - Não	98 – NA	99 - NS/NI

<sup>50</sup> Não existe nenhum ACS na equipe.





face



Código do Questionário



***ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES:  
Estrutura da UBS***

2010

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG, através da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG, está desenvolvendo uma pesquisa para o Monitoramento de Resultados, Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia Saúde da Família: um estudo em Belo Horizonte. Esse estudo tem como objetivo avaliar o desempenho das equipes de saúde da família, bem como a satisfação da população usuária dos serviços de saúde.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo nos concedendo uma entrevista e nos acompanhando na visita pelas dependências da Unidade de Saúde. A entrevista consiste na resposta a um questionário sobre a estrutura física, bem como materiais, medicamentos, equipamentos e vacinas disponíveis para o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, sendo o tempo médio estimado para a sua realização de 1 hora.

A aplicação do questionário será feita individualmente, somente na sua presença, sendo necessária a visitação pelas dependências desta Unidade de Saúde. Além disto, a entrevista poderá ser interrompida em qualquer momento que o(a) senhor(a) quiser. A sua participação é voluntária; o (a) senhor (a) não será penalizado (a) caso se recuse participar. Os entrevistados não receberão qualquer benefício material pela sua participação.

As informações prestadas nesta entrevista são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outros entrevistados. A divulgação dos resultados da pesquisa conterá apenas resultados agregados, o que não permitirá a sua identificação.

O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização, para a área de saúde pública e a universidade, de um quadro completo sobre as questões relativas à Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte. Estas informações poderão ser utilizadas para detectar, analisar e compreender pontos falhos e pontos fortes nas práticas de gestão na área de saúde, caracterizando necessidades e demandas específicas dos usuários do sistema.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o(a) entrevistador(a). Caso a dúvida persista ou caso o(a) entrevistado(a) demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

**Prof. ALLAN CLAUDIUS QUEIROZ BARBOSA**  
CAD/FACE - Observatório de Recursos Humanos em Saúde -UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da FACE sala:4056  
Belo Horizonte 31270-901 MG  
Tels.: 3409 7044 ou 8877-7004

**NÚBIA CRISTINA DA SILVA**  
Observatório de Recursos Humanos em Saúde -UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627  
Belo Horizonte 30170-120 MG  
Tels.: 3409 7044 ou 8675-6478

### COEP/UFMG - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Antônio Carlos, 6627  
Unidade Administrativa II - 2º andar - Campus Pampulha  
Belo Horizonte, MG - Brazil – CEP: 31270-901  
Tel: 31 3409-4592

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar.  
Funcionários - Belo Horizonte.  
CEP: 30.130-007  
Tel: 3277-5309 Fax: 3277-7768

*Declaro estar ciente dos objetivos e das condições de participação na pesquisa, com as quais concordo.*

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do entrevistado**

*Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.*

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do entrevistador**

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.

## Folha de Identificação

<b>Supervisor(a) local:</b> _____	<b>Data do recebimento (TÉRMINO):</b> □□/□□/ 2010
<b>Codificador(a):</b> _____	<b>Data da codificação (TÉRMINO):</b> □□/□□/ 2010
<b>Digitador(a):</b> _____	<b>Data da digitação (TÉRMINO):</b> □□/□□/ 2010



Favor preencher todas as informações iniciais da entrevista atentando-se para a correta identificação do respondente, bem como data e horário em que a mesma foi concedida.

Entrevistador(a):

\_\_\_\_\_

A - Data de Início

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início da Entrevista:

\_\_\_\_:\_\_\_\_

B - Nome do Entrevistado 1

\_\_\_\_\_

C - Cargo do Entrevistado 1:

1. Médico(a)
2. Enfermeiro(a)
3. Auxiliar de Enfermagem
4. Técnico(a) de Enfermagem
5. Outro(a): \_\_\_\_\_

B - Nome do Entrevistado 2

\_\_\_\_\_

C - Cargo do Entrevistado 2:

1. Médico(a)
2. Enfermeiro(a)
3. Auxiliar de Enfermagem
4. Técnico(a) de Enfermagem
5. Outro(a): \_\_\_\_\_

**PARTE 1 - INFRA-ESTRUTURA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

 Esta seção tem como objetivo a identificação da estrutura física disponível para as Equipes de Saúde da Família. Todas as questões deverão ser respondidas e deve-se fazer um esforço para obter as informações das questões que estão assinaladas com \*\*.

	<b>1.1 Qual o nome desta UBS?*</b> _____
	<b>1.2 Qual o endereço da Unidade de saúde?*</b> Rua: _____ Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bairro: _____

	<b>1.3 Qual o CEP da Unidade?*</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 99 - Não sabe/Não informou		<b>1.4 Qual o telefone?*</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 98- Não tem telefone para contato 99 - Não sabe/Não informou
	<b>1.5 Código CNES da UBS sorteado: **</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>1.6 Qual o código CNES da UBS?*(informado)</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>1.7 Conferência com o cadastro do CNES: **</b>		
<b>1.7.1</b>	<b>Endereço .....</b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 – Não</b>
<b>1.7.2</b>	<b>Código CNES .....</b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 – Não</b>

	<b>1.8 Qual é o horário de abertura da UBS?</b> _____ : _____
	<b>1.9 Qual é o horário de fechamento da UBS?</b> _____ : _____
	<b>1.10 Qual é o modelo de atenção da UBS?</b> 1. Atende exclusivamente Saúde da Família 2. Modelo de atenção misto



**1.11 Verificar se há alguma estrutura física para a execução do trabalho desta ESF.**

1 - Sim

2 - Não

3 - Não visitada **Informar motivo em “3 - Considerações Finais”.**

} **Encerrar o instrumento e marcar “Não se Aplica” nas demais questões.**



**1.11.1 A estrutura física observada é:**

- 1 Estrutura física terrestre, exclusiva para execução de ações de saúde, definida pela Secretaria Municipal de Saúde (Unidade de Saúde, Unidade Saúde da Família, Unidade Mista de Saúde, “Posto de saúde”, etc)
- 2 Espaços cedidos pela Comunidade (escolas, igrejas, associações de moradores, etc.)
- 98 - Não se aplica (***não existe estrutura ou a mesma não foi visitada***)



**Se não houver estrutura física para a execução do trabalho desta Equipe de Saúde da Família encerrar o instrumento e não proceder à aplicação do restante. Preencher “Não se Aplica” em todas as demais questões.**



**2.1 Este imóvel em que funciona a UBS é?**

1 - Público (Municipal, Estadual e Federal)

2 - Não Público - Alugado

3 - Não Público - Outras formas (cedido, emprestado) → **1.11.1: Especificar:** \_\_\_\_\_

98 - Não se aplica (***não existe estrutura ou a mesma não foi visitada***)

99 - Não sabe/Não informou



**2.2 Quantas Equipes de Saúde da Família trabalham nesta Unidade de Saúde?**

ESF

98 - Não se aplica (***não existe estrutura ou a mesma não foi visitada***)

99 - Não sabe/Não informou



**2.3 A UBS se localiza dentro da área de abrangência?**

1. Sim
  2. Não
- 98 - Não se aplica (*não existe estrutura ou a mesma não foi visitada*)  
99 - Não sabe/Não informou



**2.4 A UBS pode ser facilmente acessada pela população que atende?**

1. Sim
  2. Não
- 98 - Não se aplica (*não existe estrutura ou a mesma não foi visitada*)  
99 - Não sabe/Não informou



**Os itens a seguir devem ser, obrigatoriamente, observados para serem considerados existentes na Unidade.**



**Quantificar a existência das seguintes dependências na Unidade de saúde:**

2.5	Sala de acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.6	Sala de recepção ou local coberto para espera de pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.7	Sala ou espaço para reuniões na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.8	Consultório conjunto para atendimento médico e de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.9	Consultório específico para atendimento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.10	Consultório específico para atendimento de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.11	Sala de procedimentos básicos ou de curativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.12	Sala para armazenar e dispensar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.13	Sala específica para armazenar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.14	Sala específica para dispensar medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.15	Sala exclusiva de vacinas com <u>geladeira</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.16	Sala de expurgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.17	Sanitário exclusivo para funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica
2.18	Sanitário para o público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Não se aplica



**2.19 Em relação aos consultórios da UBS, pode-se dizer:**

- 1 - Existe privacidade visual em todos os consultórios
- 2 - Existe privacidade visual em pelo menos um deles
- 3 - Não existe privacidade visual em nenhum deles
- 98 - NA (*apenas para quando não há consultórios ou não há estrutura física*)

	<b>A UBS oferece as seguintes condições de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida?</b>	<b>1.Sim</b>	<b>2.Não</b>	<b>98. Não se aplica</b>
<b>2.20</b>	<b>Rampa de acesso com pelo menos 0,90 m de largura</b>	1	2	98
<b>2.21</b>	<b>Principais portas de acesso com pelo menos 0,80 m de largura</b>	1	2	98
<b>2.22</b>	<b>Principais corredores internos com pelo menos 0,90 m de largura</b>	1	2	98
<b>2.23</b>	<b>Pelo menos 1 sanitário (ou 10%), em cada pavimento, adaptado com bacia, mictório, lavatório, acessórios e barras de apoio adequados e com espaço para circulação e utilização</b>	1	2	98
<b>2.24</b>	<b>Pelo menos 1 bebedouro (ou 50%) em rotas acessíveis, em cada pavimento</b>	1	2	98
<b>2.25</b>	<b>Espaço suficiente para acomodar pelo menos uma cadeira de rodas na sala de recepção e/ou espera (ou 5% do total de assentos)</b>	1	2	98

	<b>2.26 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?</b>				<b>Se SIM em 1.28, pergunte: 2.26.1 Quantos estão em condições de uso?</b>	
		<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>Quantidade</b>	<b>98 - NA (Não há equipamento)</b>	<b>99 - NS/NI</b>
<b>1.</b>	<b>Aparelho de aerossol ou nebulizador</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>2.</b>	<b>Armário de aço fechado</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>3.</b>	<b>Armário vitrine em consultório</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>4.</b>	<b>Arquivos de aço para pasta suspensa;</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>5.</b>	<b>Autoclave</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>6.</b>	<b>Autoclave horizontal</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>7.</b>	<b>Bacias inox 30 cm</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>8.</b>	<b>Balança adulto</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>9.</b>	<b>Balança infantil</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>10.</b>	<b>Balança pediátrica.</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>11.</b>	<b>Bancada com pia (sala de vacinas)</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99
<b>12.</b>	<b>Bancada dobrável com banquetas (cozinha/copa)</b>	1	2	<input type="text"/>	98	99



2.26 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?



Se SIM em 1.28, pergunte:  
2.26.1 Quantos estão em condições de uso?

	1 - Sim	2 - Não	Quantidade	98 - NA (Não há equipamento)	99 - NS/NI
13. Bandeja inox retangular	1	2	<input type="text"/>	98	99
14. Banqueta giratória cromada (consultório ginecológico)	1	2	<input type="text"/>	98	99
15. Bebedouro com filtro	1	2	<input type="text"/>	98	99
16. Biombo duplo	1	2	<input type="text"/>	98	99
17. Botijão de gás (cozinha/copa)	1	2	<input type="text"/>	98	99
18. Braçadeira	1	2	<input type="text"/>	98	99
19. Cabos de bisturi	1	2	<input type="text"/>	98	99
20. Caixas térmicas	1	2	<input type="text"/>	98	99
21. Computador	1	2	<input type="text"/>	98	99
22. Cubas redondas	1	2	<input type="text"/>	98	99
23. Cubas rim	1	2	<input type="text"/>	98	99
24. Detector ultrassônico (fetal)	1	2	<input type="text"/>	98	99
25. Escada com dois degraus	1	2	<input type="text"/>	98	99
26. Escaninhos para guardar pertences (banheiro para funcionários)	1	2	<input type="text"/>	98	99
27. Esfignomanômetro com estetoscópio adulto	1	2	<input type="text"/>	98	99
28. Esfignomanômetro com estetoscópio infantil	1	2	<input type="text"/>	98	99
29. Esfignomanômetro para adolescentes	1	2	<input type="text"/>	98	99
30. Espaçadores	1	2	<input type="text"/>	98	99
31. Espéculo ginecológico de inox	1	2	<input type="text"/>	98	99
32. Espéculos Collin nº 1	1	2	<input type="text"/>	98	99
33. Espéculos Collin nº 2	1	2	<input type="text"/>	98	99
34. Espéculos Collin nº 3	1	2	<input type="text"/>	98	99
35. Espéculos descartáveis	1	2	<input type="text"/>	98	99
36. Estetoscópio	1	2	<input type="text"/>	98	99
37. Estetoscópio de Pinard	1	2	<input type="text"/>	98	99

	2.26 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?			Se SIM em 1.28, pergunte: 2.26.1 Quantos estão em condições de uso?		
	1 - Sim	2 - Não	Quantidade	98 - NA (Não há equipamento)	99 - NS/NI	
38. Estufa	1	2	<input type="text"/>	98	99	
39. Fita métrica	1	2	<input type="text"/>	98	99	
40. Foco	1	2	<input type="text"/>	98	99	
41. Foco com haste flexível	1	2	<input type="text"/>	98	99	
42. Fogão (cozinha/copa)	1	2	<input type="text"/>	98	99	
43. Geladeira exclusiva para vacina	1	2	<input type="text"/>	98	99	
44. Geladeira para armazenar outros medicamentos (insulina, material odontológico, etc)	1	2	<input type="text"/>	98	99	
45. Geladeira para uso doméstico (cozinha/copa)	1	2	<input type="text"/>	98	99	
46. Glicosímetro.	1	2	<input type="text"/>	98	99	
47. Histerômetros	1	2	<input type="text"/>	98	99	
48. Impressora	1	2	<input type="text"/>	98	99	
49. Kit de espelhos auriculares para reposição	1	2	<input type="text"/>	98	99	
50. Kit Sutura	1	2	<input type="text"/>	98	99	
51. Lanterna clínica	1	2	<input type="text"/>	98	99	
52. Lavatório	1	2	<input type="text"/>	98	99	
53. Mesa auxiliar com bandeja inox	1	2	<input type="text"/>	98	99	
54. Mesa ginecológica	1	2	<input type="text"/>	98	99	
55. Mesa para computador e impressora	1	2	<input type="text"/>	98	99	
56. Mesa para exame clínico	1	2	<input type="text"/>	98	99	
57. Mesa tipo escritório ou mesa redonda	1	2	<input type="text"/>	98	99	
58. Microcomputador	1	2	<input type="text"/>	98	99	
59. Micronebulizadores	1	2	<input type="text"/>	98	99	
60. Monofilamentos	1	2	<input type="text"/>	98	99	
61. Negatoscópio	1	2	<input type="text"/>	98	99	



2.26 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?



Se SIM em 1.28, pergunte:  
2.26.1 Quantos estão em condições de uso?

	1 - Sim	2 - Não	Quantidade	98 - NA (Não há equipamento)	99 - NS/NI
62. Oftalmoscópio	1	2	<input type="text"/>	98	99
63. Otoscópio	1	2	<input type="text"/>	98	99
64. Pinça	1	2	<input type="text"/>	98	99
65. Pinça (jacaré) para retirada de DIU	1	2	<input type="text"/>	98	99
66. Pinças anatômicas 16 cm	1	2	<input type="text"/>	98	99
67. Pinças Cheron 25 cm	1	2	<input type="text"/>	98	99
68. Pinças dissecação dente-de-rato 14 cm	1	2	<input type="text"/>	98	99
69. Pinças hemostáticas 16 cm	1	2	<input type="text"/>	98	99
70. Pinças Pozzi ou Museaux 25 cm	1	2	<input type="text"/>	98	99
71. Ponto de água (tanque) (Sala de resíduos sólidos - lixo)	1	2	<input type="text"/>	98	99
72. Ponto de oxigênio	1	2	<input type="text"/>	98	99
73. Quadro para murais	1	2	<input type="text"/>	98	99
74. Ralo sifonado com vão de ventilação e telado (Sala de resíduos sólidos - lixo)	1	2	<input type="text"/>	98	99
75. Sonar (detector fetal)	1	2	<input type="text"/>	98	99
76. Suporte para álbum seriado	1	2	<input type="text"/>	98	99
77. Suporte para membros inferiores (tipo pedicure)	1	2	<input type="text"/>	98	99
78. Suporte para soro	1	2	<input type="text"/>	98	99
79. Tambores médios (dispensação de resíduos)	1	2	<input type="text"/>	98	99
80. Tanque	1	2	<input type="text"/>	98	99
81. Televisor	1	2	<input type="text"/>	98	99
82. Tensiômetro/esfigmomanômetro	1	2	<input type="text"/>	98	99
83. Termômetro (mercúrio e/ou digital)	1	2	<input type="text"/>	98	99
84. Termômetro de registro de temperatura máxima e mínima (controle de temperatura de geladeira)	1	2	<input type="text"/>	98	99
85. Termômetros com cabo extensor	1	2	<input type="text"/>	98	99

	<b>2.26 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?</b>			<b>Se SIM em 1.28, pergunte: 2.26.1 Quantos estão em condições de uso?</b>		
	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>		<b>Quantidade</b>	<b>98 - NA (Não há equipamento)</b>	<b>99 - NS/NI</b>
86. Tesoura	1	2		<input type="text"/>	98	99
87. Tesouras curvas 14 cm	1	2		<input type="text"/>	98	99
88. Tesouras pontas finas 10 cm	1	2		<input type="text"/>	98	99
89. Tesouras retas 14 cm	1	2		<input type="text"/>	98	99
90. Toesa (régua antropométrica)	1	2		<input type="text"/>	98	99
91. Vídeo/DVD	1	2		<input type="text"/>	98	99
92. Impressora	1	2		<input type="text"/>	98	99
93. Internet (Se não houver Microcomputador, assinalar "2-Não")	1	2				
94. Telefone fixo dentro da Unidade ( <i>desconsiderar telefone público</i> )	1	2		<input type="text"/>	98	99
95. Esterilização centralizada	1	2				



2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.

2.28 A distribuição é...?

Em relação aos itens farmacêuticos:	2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.			2.28 A distribuição é...?			
	1 - Sim, Suficiente	2 - Sim, Insuficiente	3 - Não (Unidade não dispõe de medicamento no momento)	1 - Local	2- Centralizada	3- Mista	99 - NS/NI
1- AAS 100 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
2- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ ml – injetável	1	2	3	1	2	3	99
3- Ácido Fólico 5mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
4- Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500 mg + 125 - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
5- Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 50mg + 12,5/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
6- Amoxicilina 250mg/5ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
7- Amoxicilina 500 mg - cápsula	1	2	3	1	2	3	99
8- Benzilpenicilina benzatina 1200.000 UI – injetável	1	2	3	1	2	3	99
9- Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI – injetável	1	2	3	1	2	3	99
10- Captopril 25 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
11- Carbamazepina 200 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
12- Cefalexina 500 mg - cápsula	1	2	3	1	2	3	99
13- Cefalexina 50mg/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
14- Cloridrato de Amitriptilina 25 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
15- Dexametasona 0,1% - creme	1	2	3	1	2	3	99
16- Dexclorfeniramina 0,4 mg/ml - solução oral	1	2	3	1	2	3	99
17- Dexclorfeniramina 2mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
18- Diazepam 5 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
19- Digoxina 0,25 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
20- Dipirona sódica 500mg/ml - solução oral	1	2	3	1	2	3	99
21- Dipropionato de Beclometasona 200 µg/dose – aerossol	1	2	3	1	2	3	99



2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.

2.28 A distribuição é...?

Em relação aos itens farmacêuticos:	2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.			2.28 A distribuição é...?			
	1 - Sim, Suficiente	2 - Sim, Insuficiente	3 - Não (Unidade não dispõe de medicamento no momento)	1 - Local	2 - Centralizada	3- Mista	99 - NS/NI
22- Dipropionato de Beclometasona 200 µg/dose - solução inalante	1	2	3	1	2	3	99
23- Dipropionato de Beclometasona 50 µg/dose - aerossol	1	2	3	1	2	3	99
24- Dipropionato de Beclometasona 50 µg/dose -solução inalante	1	2	3	1	2	3	99
25- Enalapril 10 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
26- Enalapril 5 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
27- Enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5 mg - injetável	1	2	3	1	2	3	99
28- Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – comprimido	1	2	3	1	2	3	99
29- Fenitoína sódica 100 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
30- Fenobarbital 100 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
31- Glibenclamida 5 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
32- Glicazida 80 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
33- Haloperidol 1 mg ou 5 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
34- Hidroclorotiazida 25 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
35- Hidróxido de magnésio + Hidróxido de Alumínio 35,6mg + 37mg/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
36- Hidróxido de magnésio e/ou Hidróxido de Alumínio - comprimido mastigável	1	2	3	1	2	3	99
37- Hidróxido de magnésio e/ou Hidróxido de Alumínio - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
38- Ibuprofeno 20 mg/ml - solução oral	1	2	3	1	2	3	99
39- Ibuprofeno 600 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
40- Insulina NPH 100 UI/ml - frasco ampola	1	2	3	1	2	3	99
41- Insulina regular 100 UI/ml - frasco ampola	1	2	3	1	2	3	99
42- Levonorgestrel 0,75 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99



2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.

2.28 A distribuição é...?

Em relação aos itens farmacêuticos:	2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.			2.28 A distribuição é...?			
	1 - Sim, Suficiente	2 - Sim, Insuficiente	3 - Não (Unidade não dispõe de medicamento no momento)	1 - Local	2 - Centralizada	3 - Mista	99 - NS/NI
43- Loratadina 10 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
44- Loratadina 1mg/ml - xarope	1	2	3	1	2	3	99
45- Mebendazol 100 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
46- Mebendazol 20mg/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
47- Metformina 850 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
48- Metildopa 250 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
49- Metronidazol 250 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
50- Metronidazol 40mg/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
51- Metronidazol 5% - creme vaginal	1	2	3	1	2	3	99
52- Miconazol 2% - creme vaginal	1	2	3	1	2	3	99
53- Nistatina 100.000 UI/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
54- Noretisterona 0,35 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
55- Palmitato de retinol (Vitamina A) 200.000 UI - cápsula	1	2	3	1	2	3	99
56- Paracetamol 200 mg/ml - solução oral	1	2	3	1	2	3	99
57- Paracetamol 500 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
58- Prednisona 20 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
59- Prednisona 5 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
60- preservativo masculino	1	2	3	1	2	3	99
61- Propranolol (Cloridrato) 40 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
62- Ranitidina 150 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
63- Sais para reidratação oral pó - envelope 27,9 gramas	1	2	3	1	2	3	99
64- Salbutamol 100 µg/dose - aerossol	1	2	3	1	2	3	99
65- Salbutamol 5m/ml - solução inalante	1	2	3	1	2	3	99
66- Sinvastatina 10 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
67- Sinvastatina 40 mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99

Em relação aos itens farmacêuticos:	  2.27 Verificar a existência e perguntar sobre suficiência.			 2.28 A distribuição é...?			
	1 - Sim, Suficiente	2 - Sim, Insuficiente	3 - Não (Unidade não dispõe de medicamento no momento)	1 - Local	2 - Centralizada	3- Mista	99 - NS/NI
68- Sulfametaxazol + Trimetropina 40 mg + 8mg/ml - suspensão oral	1	2	3	1	2	3	99
69- Sulfametaxazol + Trimetropina 400 mg + 80mg - comprimido	1	2	3	1	2	3	99
70- Sulfato Ferroso 25 mg Fé/ml - solução oral	1	2	3	1	2	3	99

	2.29 Quais os casos mais prejudicados pela falta de medicamentos? (Resposta Múltipla)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criança</li> <li>2. Hanseníase</li> <li>3. Diabetes</li> <li>4. Hipertensão</li> <li>5. Gestantes</li> <li>6. HIV</li> <li>7. Tuberculose</li> <li>8. Saúde Mental</li> <li>9. Idoso</li> <li>10. Mulher</li> <li>11. Outros: 3.15.1. Qual: _____</li> </ol>	

	2.30 A Unidade de saúde dispõe dos seguintes itens farmacêuticos para atendimentos de urgências?	1 - Sim	2 - Não
2.30.1	Diazepam 5 mg/ml – injetável	1	2
2.30.2	Dinitrato de isossorbida 5 mg - comprimido sublingual	1	2
2.30.3	Dipirona 500 mg/ml - injetável	1	2
2.30.4	Epinefrina 1 mg/ml – injetável	1	2
2.30.5	Glicose hipertônica (50% ou 25%)	1	2

2.30.6	Metoclopramida 10 mg/ 2ml - injetável	1	2
2.30.7	Prometazina 25 mg/ 2ml - injetável	1	2
2.30.8	Salbutamol 100ug/dose - aerossol	1	2
2.30.9	Salbutamol 5mg/ ml - Solução inalante ou 100ug/ml aerossol	1	2
2.30.10	Solução fisiológica 0,9% ou Ringer Lactato	1	2

	<b>2.31</b> Quais vacinas, do calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI), existem na UBS para a população sob responsabilidade da(s) Equipe(s) de Saúde da Família?		<b>Se SIM na 1.32, pergunte:</b> <b>2.31.1</b> A quantidade é suficiente?			
	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 - NA (quando não existir)</b>	
1.	BCG	1	2	1	2	98
2.	Dupla adulto	1	2	1	2	98
3.	Febre Amarela (constante)	1	2	1	2	98
4.	Febre Amarela (na época recomendada)	1	2	1	2	98
5.	Hepatite B	1	2	1	2	98
6.	Influenza (na época recomendada)	1	2	1	2	98
7.	Pneumococco (na época recomendada)	1	2	1	2	98
8.	Poliomielite	1	2	1	2	98
9.	Rotavírus	1	2	1	2	98
10.	Tetravalente (DPT+Hib)	1	2	1	2	98
11.	Tríplice viral	1	2	1	2	98

	<b>2.32</b> Em relação aos seguintes materiais e insumos, existe na UBS... (ler opções)?		<b>Se SIM na 1.33, pergunte:</b> <b>2.32.1</b> A quantidade é suficiente?			
	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>98 - NA (quando não existir)</b>	
1.	Agulhas descartáveis	1	2	1	2	98
2.	Algodão	1	2	1	2	98
3.	Bloco de receituário	1	2	1	2	98
4.	Caderneta da criança	1	2	1	2	98
5.	Caderneta da gestante	1	2	1	2	98
6.	Caderneta do Idoso	1	2	1	2	98
7.	Descarpac (coletor de material perfuro-cortante)	1	2	1	2	98
8.	Esparadrapo	1	2	1	2	98
9.	Espéculo ginecológico descartável	1	2	1	2	98
10.	Fichas do Hiperdia	1	2	1	2	98
11.	Fichas do Censo BH Social	1	2	1	2	98
12.	Fichas espelho da criança	1	2	1	2	98
13.	Fio de sutura	1	2	1	2	98

	<b>2.32 Em relação aos seguintes materiais e insumos, existe na UBS... (ler opções)?</b>			<b>Se SIM na 1.33, pergunte: 2.32.1 A quantidade é suficiente?</b>		
	1 - Sim	2 - Não	1 - Sim	2 - Não	98 - NA (quando não existir)	
14. Fita HGT (glicemia capilar)	1	2	1	2	98	
15. Gaze	1	2	1	2	98	
16. Lanceta para punção digital	1	2	1	2	98	
17. Luvas estéreis	1	2	1	2	98	
18. Luvas para procedimentos	1	2	1	2	98	
19. Produtos para esterilização de material	1	2	1	2	98	
20. Seringas com agulha acoplada para insulina	1	2	1	2	98	
21. Seringas descartáveis	1	2	1	2	98	

## PARTE 2 - OUTROS RECURSOS



Esta seção tem por objetivo levantar informações relativas aos outros recursos humanos que prestam apoio para a(s) ESF(s) que utiliza(m) esta estrutura.



**3.1 Existe um profissional contratado exclusivamente para função gerencial na UBS?**

- 1 - Sim
- 2 - Não → **Pule para a questão 2.2**



**3.1.1 Qual a escolaridade?**

- 1- Curso de Graduação → **2.1.1.2 Qual?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2 - Curso Técnico
- 3 - Ensino Médio
- 4 - Ensino Fundamental
- 5 - Frequentou a escola, mas não chegou a completar nenhum grau
- 6 - Nunca frequentou escola
- 98 - Não se aplica (**Não há gerente**)
- 99 - NS/NI (**Pule para a questão 2.1.2**)

**Pule para a questão 2.1.2**



**3.1.1.1 Possui pós-graduação?**

- 1 - Sim → **2.1.1.1.2 Qual?** \_\_\_\_\_
- 2 - Não
- 98 - NA (**não possui graduação ou não há gerente**)
- 99 - NS/NI



**3.1.2 Como foi a forma de seleção para o cargo de gerente da Unidade?**

- 1 - Concurso público
- 2 - Seleção pública
- 3 - Outra forma
- 98 - NA (**não há gerente**)
- 99 - NS/NI



**3.1.3 Qual a forma de contratação?**

- 1- Estatutário
- 2- CLT
- 3 - Bolsa
- 4 - Cargo Comissionado
- 5 - Contrato Informal/verbal
- 6 - Contrato Temporário
- 7 - Cooperado
- 8 - Prestação de Serviços
- 9 - Outros → **2.1.3.1 Qual?**

98 - Não se aplica (**Não há gerente**)

99 - NS/NI



**3.1.4 Qual a carga horária semanal cumprida nesta UBS?**

Horas/ Semana 98- NA (**Não há gerente**) 99- NS/NI



**3.1.5 Este profissional já fez ou está fazendo algum curso nas áreas de planejamento, organização e/ou gestão?**

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 98 - NA (**Não há gerente**)
- 99 - NS/NI

Se SIM na questão 2.2 , responda às questões 2.2.1 a 2.2.5

 <b>3.2</b> A Unidade possui outros profissionais que trabalham no atendimento pelo menos uma vez por semana?			 <b>3.2.1</b> Quantos profissionais trabalham no atendimento pelo menos uma vez por semana?		 <b>3.2.2</b> Qual a carga horária semanal total do(s) profissional (is)? (por categoria)		 <b>3.2.3</b> O(s) profissional(is) é(são) referência para a(s) ESF (s)?				 <b>3.2.4</b> O(s) profissional(is) realiza(m) atendimento conjunto com a(s) ESF (s)?				 <b>3.2.5</b> O(s) profissional(is) participa(m) das atividades de planejamento das ESF(s)?							
	1 - Sim	2 - Não	98 - NA <sup>1</sup>	99 - NS/NI	98 - NA	99 - NS/NI	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI	1 - Sim	2 - Não	98 - NA	99 - NS/NI				
1. Assistente social	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
2. Enfermeiro	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
3. Nutricionista	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
4. Psicólogo	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
5. Farmacêutico	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
6. Terapeuta Ocupacional	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
7. Fisioterapeuta	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
8. Fonoaudiólogo	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
9. Agente de Controle de Endemias	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
10. Educador Físico	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
11. Psiquiatra	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
12. Médico Clínico Geral	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
13. Médico Acupunturista	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
14. Médico Ginecologista	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
15. Médico Homeopata	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
16. Médico Pediatra	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

<sup>1</sup> Neste quadro o Não se Aplica ( 98 - NA) deverá ser assinalado em todas as questões quando na questão 2.2 for marcada a opção "2 - Não"

