

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LUCIANO JOSÉ ARANTES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UNAÍ-MG**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.**

Orientadora: Dra. Helena Eri Shimizu

**BRASÍLIA
2011**

LUCIANO JOSÉ ARANTES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UNAÍ-MG**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.**

Aprovado em 06 de junho de 2011

BANCA EXAMINADORA

**Dra. Helena Eri Shimizu - Presidente
Universidade de Brasília**

**Dr. Márcio Florentino Pereira
Universidade de Brasília**

**Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília**

**Dr. Edgar Merchán Hamann
Universidade de Brasília**

Dedico este trabalho a Deus, que sempre esteve ao meu lado e me deu forças para caminhar neste período de minha vida. A Ele a glória!

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai (in memorian) e à minha mãe, instrumentos de Deus para me abençoar. Meu reconhecimento pelo amor, carinho, dedicação e renúncia.

À minha família pelo constante amor, amizade, incentivo, paciência e tolerância.

Aos meus parentes, pessoas tão preciosas em minha história! Obrigado por cada gesto de carinho, atenção e cuidado. Amo vocês!

Aos meus inesquecíveis primos! Amigos verdadeiros! Em especial ao Luiz e ao Guilherme pelo incentivo e amizade ... amigos bem chegados como irmãos!

Aos meus amigos Fábio, Katiúscia, Laís e Beatriz pela atenção, palavras de incentivo e orações. Vocês são exemplos para a minha vida!

À Professora Dra. Helena Eri Shimizu, pela atenção, confiança, incentivo, paciência e amizade. Obrigado pelos ensinamentos na academia e para a vida profissional.

Ao Professor Marco Aurélio Versiani pela amizade, atenção e cálculos estatísticos.

Ao Professor Dr. Edgar Merchán Hamann pela amizade, atenção e auxílio na interpretação dos dados estatísticos.

Ao Professor Dr. Márcio Florentino Pereira pela amizade, incentivo e confiança.

Aos professores das disciplinas que cursei no mestrado pelos ensinamentos: Dra. Helena Eri Shimizu, Dr. Cláudio Fortes Lorenzo, Dra. Ivanete Boschetti, Dra. Soraya Coelho Leal, Dra. Ana Cristina Bezerra, Dr. Jorge Faber, Dra. Gardênia da Silva Abbad, Dra. Maria Fátima de Sousa, Dra. Ana Valéria Mendonça e Dr. Edgar Merchán Hamann.

À Tia Ilma pela tradução e à Elta Lânia e Diolina pelas correções de português.

À minha segunda família, pessoas que oram por mim e demonstram seu amor: Pastor Isaías e família, Pastor Pedro e Família, Pastor Efraim e família, Pastor Jetro e família, Pastor Alfredo e Natália, Pastor Claudomiro e família, Sr. Pedro e família, Diolina e toda sua parentela, Reginaldo e família, Victor e família, Círculo de Oração, jovens do Conjunto Júbilos de Sião e demais irmãos.

Ao Secretário de Saúde de Unaí, José Gonçalves da Silva, pelo incentivo, amizade e confiança.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão, apoio, paciência e respeito.

Ao pessoal da Gerência Regional de Saúde de Unaí pelo apoio e confiança: Aprígio, Lenice e José Juliano.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família de Unaí pela oportunidade de trabalho no período de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

“Para consolidação das Políticas Sociais é preciso mais do que uma Política de Governo, mas de uma Política de Estado.”

(O Autor)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no município de Unaí, localizado no Estado de Minas Gerais, Brasil. O estudo foi realizado nas Equipes de Saúde da Família com a aplicação de um questionário para a avaliação da Atenção Primária à Saúde quanto à estrutura, processos e resultados. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para analisar as diferenças na implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde entre as Equipes de Saúde da Família, com significância de 5%. A implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Unaí foi incipiente. A estrutura foi caracterizada como incipiente e os processos e os resultados como avançados. Houve diferenças no grau de implantação, principalmente, no que tange aos processos entre as Equipes de Saúde da Família. Os avanços estiveram relacionados ao cadastramento da população; classificação de risco das famílias; estratificação de risco para hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adultos e idosos; implantação do contrato de gestão; alimentação do sistema de informação; ações para a saúde da mulher e da criança; e organização para atenção aos hipertensos e diabéticos. Observou-se focalização dos processos na atenção à saúde da mulher e da criança, limitação no conhecimento das famílias pelas Equipes de Saúde da Família e a não incorporação dos serviços de saúde bucal na estratégia Saúde da Família. Concluiu-se que a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde continua a requerer investimentos, principalmente quanto às estruturas. Apesar dos processos e dos resultados serem avançados, eles podem ser melhorados em Unaí.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Gestão em Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the implementation of the Primary Health Care Master Plan in Unaí, Minas Gerais state, Brazil. The study was held amongst Family Health Teams by means of a questionnaire to evaluate Primary Health Care structures, processes and outcomes. The Kruskal-Wallis test was used to analyze the differences in the implementation of master plan among the teams, using a 5% level of significance. The implementation of the Primary Health Care Master Plan in Unaí was incipient. The structures were found to be incipient and the processes and outcomes were classified as advanced. There were differences in the degree of implementation, mainly regarding the process among the teams. The advances were related to registration of the population; family risk classification; risk stratification for hypertensive patients, diabetics, pregnant women, children, adults and seniors; implementation of management contract; inputting data at information system; actions for women's and children's health; and organization for hypertensive and diabetic care. It was observed the focalization in the process on women's and children's health care, limitation in family knowledge by the teams and non-incorporation of the oral health services in the Family Health strategy. It was concluded that the implementation of the Primary Health Care Master Plan continues to require investments, mainly regarding the structures. Although the process and the outcomes were advanced, they can be improved in Unaí.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Program; Health Management; Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1 – Média, mediana e valor p para as macrodimensões estrutura, processos e resultados na avaliação da implantação do PDAPS em Unaí – MG, 2011	66
Tabela 2 – Média e mediana por ESF na avaliação da implantação do PDAPS em Unaí – MG, 2011	67
Tabela 3 – Média, mediana e valor p para as dimensões na avaliação da estrutura pelas ESF em Unaí – MG, 2011	68
Tabela 4 – Avaliação do estágio de desenvolvimento da estrutura, média e mediana pelas ESF em Unaí – MG, 2011	68
Tabela 5 – Média e mediana na avaliação da dimensão ambiente pelas ESF em Unaí – MG, 2011	69
Tabela 6 – Média e mediana na avaliação da dimensão equipamentos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	71
Tabela 7 – Média, mediana e valor p para as salas com equipamentos em Unaí – MG, 2011	72
Tabela 8 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de espera pelas ESF em Unaí – MG, 2011	73
Tabela 9 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de recepção e registro de pacientes pelas ESF em Unaí – MG, 2011	73
Tabela 10 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de agentes pelas ESF em Unaí – MG, 2011	74

Tabela 11 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de reunião e educação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	75
Tabela 12 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos dos sanitários para paciente e público pelas ESF em Unaí – MG, 2011	76
Tabela 13 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala para guarda de medicamentos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	76
Tabela 14 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de curativos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	77
Tabela 15 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de coleta de materiais pelas ESF em Unaí – MG, 2011	78
Tabela 16 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de vacinação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	78
Tabela 17 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do consultório ginecológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	79
Tabela 18 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala multiprofissional pelas ESF em Unaí – MG, 2011	80
Tabela 19 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do consultório odontológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	81
Tabela 20 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de cuidados básicos / urgência e emergência pelas ESF em Unaí – MG, 2011	82
Tabela 21 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da copa pelas ESF em Unaí – MG, 2011	82

Tabela 22 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do banheiro e vestiário para funcionários pelas ESF em Unaí – MG, 2011	83
Tabela 23 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos pelas enfermeiras das ESF em Unaí – MG, 2011	85
Tabela 24 – Média, mediana e valor p na avaliação da dimensão insumos na sala de vacinação e consultório ginecológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	85
Tabela 25 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos na sala de vacinação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	86
Tabela 26 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos no consultório ginecológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	86
Tabela 27 – Média e mediana na avaliação da dimensão recursos tecnológicos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	87
Tabela 28 – Média e mediana na avaliação da dimensão recursos humanos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	88
Tabela 29 – Média e mediana na avaliação da dimensão ações educacionais pelas ESF em Unaí – MG, 2011	89
Tabela 30 – Média e mediana e valor p para os dimensões na avaliação dos processos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	90
Tabela 31 – Avaliação do estágio de desenvolvimento dos processos, média e mediana pelas ESF em Unaí – MG, 2011	90
Tabela 32 – Média e mediana da avaliação da dimensão redes de atenção à saúde pelas ESF em Unaí – MG, 2011	91

Tabela 33 – Média e mediana na avaliação da dimensão princípios da APS pelas ESF em Unaí – MG, 2011	92
Tabela 34 – Média e mediana na avaliação da dimensão diagnóstico local pelas ESF em Unaí – MG, 2011	93
Tabela 35 – Média e mediana na avaliação da dimensão programação local pelas ESF em Unaí – MG, 2011	94
Tabela 36 – Média e mediana na avaliação da dimensão acolhimento e classificação de risco pelas ESF em Unaí – MG, 2011	95
Tabela 37 – Média e mediana na avaliação da dimensão apoio diagnóstico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	96
Tabela 38 – Média e mediana na avaliação da dimensão prontuário saúde da família pelas ESF em Unaí – MG, 2011	97
Tabela 39 – Média e mediana na avaliação da dimensão contrato de gestão pelas ESF em Unaí – MG, 2011	98
Tabela 40 – Média e mediana na avaliação da dimensão monitoramento pelas ESF em Unaí – MG, 2011	99
Tabela 41 – Média e mediana na avaliação da dimensão relacionamento com a comunidade pelas ESF em Unaí – MG, 2011	99
Tabela 42 – Média e mediana na avaliação da dimensão sistemas de informação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	100
Tabela 43 – Média e mediana na avaliação da dimensão saúde da mulher pelas ESF em Unaí – MG, 2011	101

Tabela 44 – Média e mediana na avaliação da dimensão saúde da criança pelas ESF em Unai – MG, 2011	102
Tabela 45 – Avaliação dos resultados, média e mediana pelas ESF em Unai – MG, 2011	103
Tabela 46 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de espera pelas ESF em Unai – MG, 2011	159
Tabela 47 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da recepção e registro de pacientes pelas ESF em Unai – MG, 2011	159
Tabela 48 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de Agentes Comunitários de Saúde pelas ESF em Unai – MG, 2011	160
Tabela 49 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de reunião e educação pelas ESF em Unai – MG, 2011	160
Tabela 50 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura dos sanitários para paciente / público pelas ESF em Unai – MG, 2011	161
Tabela 51 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala para guarda de medicamentos pelas ESF em Unai – MG, 2011	161
Tabela 52 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de curativos pelas ESF em Unai – MG, 2011	162
Tabela 53 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de coleta de materiais pelas ESF em Unai – MG, 2011	163
Tabela 54 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de vacinação pelas ESF em Unai – MG, 2011	163

Tabela 55 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do consultório ginecológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	165
Tabela 56 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de atendimento multiprofissional pelas ESF em Unaí – MG, 2011	168
Tabela 57 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do consultório odontológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	169
Tabela 58 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do escovário pelas ESF em Unaí – MG, 2011	170
Tabela 59 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de cuidados básicos / urgência e emergência pelas ESF em Unaí – MG, 2011	171
Tabela 60 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura das salas de lavagem e desinfecção de materiais/esterilização pelas ESF em Unaí – MG, 2011	172
Tabela 61 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de depósito de material de limpeza pelas ESF em Unaí – MG, 2011	172
Tabela 62 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da rouparia pelas ESF em Unaí – MG, 2011	172
Tabela 63 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da copa pelas ESF em Unaí – MG, 2011	173
Tabela 64 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do banheiro / vestiário para funcionários pelas ESF em Unaí – MG, 2011	173
Tabela 65 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do almoxarifado pelas ESF em Unaí – MG, 2011	173

Tabela 66 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do abrigo de resíduos sólidos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	174
Tabela 67 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da lavanderia pelas ESF em Unaí – MG, 2011	174
Tabela 68 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de observação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	175
Tabela 69 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de apoio para Agente de Controle de Endemias pelas ESF em Unaí – MG, 2011	175
Tabela 70 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de gerente pelas ESF em Unaí – MG, 2011	176
Tabela 71 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação de outros insumos da estrutura pelas ESF em Unaí – MG, 2011	176
Tabela 72 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação de outros recursos tecnológicos da estrutura pelas ESF em Unaí – MG, 2011	177
Tabela 73 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura, referente aos recursos humanos pelas ESF em Unaí – MG, 2011	178
Tabela 74 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura, referente às ações educacionais pelas ESF em Unaí – MG, 2011	178
Tabela 75 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados às redes de atenção à saúde pelas ESF em Unaí – MG, 2011	179

Tabela 76 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados aos princípios da Atenção Primária à Saúde pelas ESF em Unaí – MG, 2011	180
Tabela 77 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao diagnóstico local pelas ESF em Unaí – MG, 2011	180
Tabela 78 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à programação local pelas ESF em Unaí – MG, 2011	181
Tabela 79 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao acolhimento e classificação de risco pelas ESF em Unaí – MG, 2011	182
Tabela 80 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao apoio diagnóstico pelas ESF em Unaí – MG, 2011	182
Tabela 81 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à abordagem familiar pelas ESF em Unaí – MG, 2011 ...	183
Tabela 82 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao prontuário de saúde da família pelas ESF em Unaí – MG, 2011	183
Tabela 83 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao contrato de gestão pelas ESF em Unaí – MG, 2011 ..	184
Tabela 84 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos de monitoramento pelas ESF em Unaí – MG, 2011	185
Tabela 85 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos de relacionamento com a comunidade pelas ESF em Unaí – MG, 2011	185

Tabela 86 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados aos sistemas de informação pelas ESF em Unaí – MG, 2011	186
Tabela 87 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da mulher pelas ESF em Unaí – MG, 2011	186
Tabela 88 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da criança pelas ESF em Unaí – MG, 2011	190
Tabela 89 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos resultados pelas ESF em Unaí – MG, 2011	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE – Agente de Controle de Endemias
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DML – Depósito de Material de Limpeza
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESPMG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FNS – Fundação Nacional de Saúde
GRS – Gerência Regional de Saúde
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/96 – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa do Agente Comunitário de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEP – Programa de Educação Permanente
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROHOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
PSC – Programa Saúde em Casa
PSF – Programa Saúde da Família
SESMG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESP – Serviço Especializado de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS – “*Statistical Package for the Social Science*”
SUDS – Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU – Universidade Federal de Uberlândia
UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas
USP – Universidade de São Paulo
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	28
2.1 A APS NO MUNDO	28
2.2 A APS NO BRASIL	34
2.3 A APS EM MINAS GERAIS E A ORIGEM DO PDAPS	42
2.4 A OPERACIONALIZAÇÃO DO PDAPS	50
2.5 O MUNICÍPIO DE UNAÍ	56
3 OBJETIVOS	59
4 MÉTODO	60
4.1 MARCO-TEÓRICO METODOLÓGICO	60
4.2 TIPO DE ESTUDO E DEFINIÇÃO DO MUNICÍPIO	60
4.3 POPULAÇÃO-ALVO E IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO DE PARTICIPANTES NA PESQUISA	60
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
4.5 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	63
4.6 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	63
4.7 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	64
5 RESULTADOS	66
5.1 MACRODIMENSÃO ESTRUTURA	67
5.1.1 Ambiente	69
5.1.2 Equipamentos	70
5.1.2.1 Sala de Espera	72
5.1.2.2 Recepção e Registro de Pacientes	73
5.1.2.3 Sala de Agentes	74
5.1.2.4 Sala de Reunião e Educação	75
5.1.2.5 Sanitários para Paciente e Público	75

5.1.2.6 Sala para Guarda de Medicamentos	76
5.1.2.7 Sala de Curativos	77
5.1.2.8 Sala de Coleta de Materiais	77
5.1.2.9 Sala de Vacinação	78
5.1.2.10 Consultório Ginecológico	79
5.1.2.11 Sala de Atendimento Multiprofissional	80
5.1.2.12 Consultório Odontológico	81
5.1.2.13 Sala de Cuidados Básicos / Urgência e Emergência	81
5.1.2.14 Copa	82
5.1.2.15 Banheiro e Vestiário para Funcionários	83
5.1.2.16 Sala de Lavagem e Desinfecção de Materiais/Esterilização, DML, Rouparia, Almojarifado e Abrigo de Resíduos Sólidos	83
5.1.2.17 Escovário, Salas de Observação, Apoio para ACE e de Gerente	84
5.1.3 Insumos	84
5.1.4 Recursos Tecnológicos	86
5.1.5 Recursos Humanos	88
5.1.6 Ações Educacionais	88
5.2 MACRODIMENSÃO PROCESSOS	89
5.2.1 Redes de Atenção à Saúde	91
5.2.2 Princípios da APS	92
5.2.3 Diagnóstico Local	92
5.2.4 Programação Local	93
5.2.5 Acolhimento e Classificação de Risco	94
5.2.6 Apoio Diagnóstico	95
5.2.7 Abordagem Familiar	96
5.2.8 Prontuário de Saúde da Família	96
5.2.9 Contrato de Gestão	97
5.2.10 Monitoramento	98
5.2.11 Relacionamento com a Comunidade	99
5.2.12 Sistemas de Informação	100
5.2.13 Saúde da Mulher	100
5.2.14 Saúde da Criança	101
5.3 MACRODIMENSÃO RESULTADOS	102

6 DISCUSSÃO	104
7 CONCLUSÃO	144
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE – DADOS RELATIVOS À AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNAÍ – MG, 2011	159
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PDAPS	195
ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	235

1 INTRODUÇÃO

O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) começou a impactar diversos países do mundo a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários, realizada em 1978, na cidade de Alma Ata (1). Nessa Conferência elaborou-se a Declaração de Alma Ata, que definiu os pressupostos para a implantação da APS no mundo (1).

A APS é definida como o primeiro nível de contato das pessoas com o Sistema de Saúde, ou seja, o primeiro elemento de um processo de atenção continuada, em que são oferecidos serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação (2). É evidenciado que a APS possui capacidade de reduzir as maiores causas de morte e doenças, além de oportunizar o acesso aos serviços de saúde para os diferentes grupos populacionais, inclusive para os minoritários (3).

A APS funciona como um modelo de reorganização dos serviços de saúde em nível local, inclusive contribuindo para a organização da demanda para níveis mais complexos de atenção à saúde: secundário e terciário, caracterizados por atendimento ambulatorial especializado e hospitalar (3). Dessa forma, a APS é considerada como um filtro diante da demanda da população por atendimento especializado (4).

Desde a Conferência de Alma Ata, os países organizam-se de acordo com suas características políticas, econômicas, sociais e administrativas para construção de seus Sistemas de Saúde com base na APS. É inegável o benefício que a APS tem gerado para a redução dos gastos com os serviços de saúde pública (1).

Há evidências de que a APS é um componente chave para alcançar a efetividade dos Sistemas de Saúde, podendo se adaptar aos diversos contextos sociais, culturais e econômicos dos diferentes países (5). Experiências exitosas podem ser encontradas, por exemplo, em Cuba e Costa Rica (6).

Contudo, muitos fatores dificultam a implantação da APS no mundo. Entre eles está a emergência e rápida consolidação do modelo de medicina flexneriana surgido no início do século XX (7). Como muitos países passavam por uma transição com o incentivo à industrialização nesse período, esse modelo contribuiu para a expansão de uma prática de medicina que conciliava os interesses profissionais com as leis de mercado (7).

As principais barreiras apontadas para a implantação dos serviços da APS são a supervalorização do profissional especialista, o uso de tecnologias muito sofisticadas, o hospital ser como centro de referência para os problemas de saúde, a ausência de sistemas de informação para contribuir na detecção das necessidades de saúde e na avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre as populações (1). Para completar, soma-se a isso, a reprodução destes fatores por meio da própria educação dos profissionais na área de saúde (1).

Várias concepções de APS desenvolveram-se no mundo após a Conferência de Alma Ata, o que fez a Organização Mundial de Saúde propor em 2007 a sua renovação, com o intuito de resgatar os pressupostos anunciados em Alma Ata (6). Uma delas foi a APS seletiva, que enfatizava um conjunto específico de atividades nos serviços de saúde voltados para a população pobre. Essa forma de APS foi muito comum nos países em desenvolvimento, com foco em um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes (8).

No Brasil, as práticas relacionadas aos cuidados primários à saúde são identificadas historicamente no Sistema de Saúde por meio de campanhas de vacinação, práticas de educação sanitária e pelos cuidados prestados por médicos. Contudo, o direito à assistência médica só foi garantido a todos os cidadãos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Brasileira de 1988.

A APS é entendida no SUS como o tipo de atenção que assume o papel de coordenadora do Sistema de Saúde, com ações tanto de caráter individual quanto coletivo (9). A clínica médica, a pediatria, a obstetrícia, a ginecologia, a saúde bucal e as emergências são algumas das possíveis áreas da saúde consideradas neste nível de atenção (10).

A APS é denominada pelo governo federal brasileiro de Atenção Básica à Saúde (9). Há posicionamentos diferentes de pesquisadores e na política quanto à utilização destes termos (11,12,13). Este trabalho adotará na maioria das vezes, o termo APS, contudo, acredita-se que tanto um termo quanto o outro fluem para o ponto comum do cuidado primário em saúde (14).

A APS tem sua consolidação no Brasil com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) (15).

O PACS foi criado em 1991, pelo Ministério de Saúde com foco em ações voltadas para a saúde da criança e da mulher (16). Devido às experiências exitosas com o PACS, o Ministério da Saúde criou em 1994 o PSF. Mesmo com a terminologia de “programa” no início de sua concepção, o PSF era entendido como uma estratégia para modificar o modelo assistencial brasileiro (15).

O PSF tem a família como foco para a oferta de ações primárias à saúde e funciona como um projeto estruturante da atenção básica nos municípios brasileiros, por meio da reorientação do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (17). Os profissionais que deveriam compor as Equipes de Saúde da Família (ESF) eram o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (17). Em 2001, os profissionais da área de saúde bucal também foram inseridos nessa estratégia (18).

Várias publicações têm detalhado os processos de implantação do PSF, como aqueles ocorridos em Vitória da Conquista, no Estado da Bahia (19); em Camaragibe, no Estado do Pernambuco (20) e em Amparo, no Estado de São Paulo (21).

É comprovado no Brasil, que a implantação da estratégia Saúde da Família contribuiu para a redução da mortalidade infantil, nas admissões em hospitais por diabetes, na proporção de crianças menores de cinco anos abaixo do peso (22). É evidenciado também que aproximadamente 75% das gestantes recebem sete ou mais consultas de pré-natal e a cobertura com a vacina tetravalente atinge mais de 95% das crianças menores de um ano (22).

Entretanto, são reconhecidas não apenas as potencialidades, mas as dificuldades para a implantação desse modelo no Brasil (14,19,22,23,24,25,26,27). Alguns desafios estão relacionados ao recrutamento e permanência de médicos treinados para prestar o cuidado primário, às variações com relação à qualidade do serviço local, à integração dos serviços primários com aqueles considerados secundários e terciários, à baixa adoção do programa em grandes centros urbanos e ao seu financiamento (22). Diante dos desafios enfrentados pela APS, Mendes sinaliza a necessidade de um avanço na estratégia Saúde da Família, com novas propostas para superação dos problemas identificados, entendido como a radicalização do PSF (28).

Os municípios do Estado de Minas Gerais têm aderido à proposta da estratégia Saúde da Família como modelo de organização da APS e dos Sistemas Locais de Saúde, desde as publicações iniciais do governo federal em 1996 (29).

Percebendo a importância da estratégia Saúde da Família, o governo de Minas Gerais criou em 2005, o Programa Saúde em Casa (PSC), com o objetivo de fornecer recursos financeiros para a construção de UBS e por cada ESF implantada no Estado (29,30). A implantação da estratégia Saúde da Família cresceu tanto em Minas Gerais, que em dezembro de 2008, o Estado era o que possuía a maior quantidade de ESF do país (29).

Contudo, o governo de Minas Gerais detectou que o simples funcionamento das ESF não condizia com a implantação dos princípios da APS e do Saúde da Família no Estado (12). Identificou-se que vários problemas dificultavam o desenvolvimento da APS no Estado, como a banalização da atenção primária pelos governantes locais; a falta de fluxos e contrafluxos das pessoas e das informações ao longo do contínuo da atenção; a ênfase nas condições agudas em detrimento das crônicas; a falta de diretrizes clínicas com base em evidências; a precária infraestrutura das UBS, em termos de construção, equipamentos e materiais permanentes; a fragilidade do sistema de educação permanente e os problemas nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais (12).

Diante dessa realidade, o governo estadual criou o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), que funciona como um instrumento para melhora da qualidade do trabalho desempenhado pelos profissionais da APS e para fortalecer o programa de APS do Estado: o PSC (12).

O objetivo geral do PDAPS é assessorar as Secretarias Municipais de Saúde do Estado na reorganização do Sistema Municipal de Saúde, por meio do fortalecimento da APS e da construção de redes integradas de atenção à saúde (12). Seus objetivos específicos são implantar os instrumentos de normalização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SESMG) para a APS, como o prontuário de saúde da família e as Linhas-guia de atenção à saúde; e de gestão da clínica, como o diagnóstico e a programação local e municipal, o protocolo de classificação de risco, o contrato de gestão e o sistema de monitoramento (12).

A implantação do PDAPS foi realizada por meio de oficinas educacionais, fundamentadas em uma concepção de aprendizagem baseada na identificação de problemas, estímulo à reflexão das práticas e na elaboração de soluções

contextualizadas (12). Esse processo iniciou-se com oficinas conduzidas por tutores para a formação de agentes multiplicadores, denominados facilitadores. Estes, por sua vez, replicavam as oficinas para os profissionais de saúde dos municípios (12).

Em 2008, essa estratégia foi apresentada aos governantes da microrregião noroeste do Estado de Minas Gerais, onde está situado o município de Unaí, que também faz parte da Região do Entorno do Distrito Federal.

As oficinas para a formação de agentes multiplicadores desta política em Unaí ocorreram nos anos de 2008 e 2009 (12). A cada oficina, os profissionais da APS ficariam responsáveis por desenvolver ações que contribuíssem para a implantação do PDAPS e de seus instrumentos (12).

Unaí é considerada pólo da microrregião e investe grande parte dos recursos financeiros em serviços de atenção secundária e terciária à saúde (31). Por isso, nesse município há dificuldade de desenvolvimento da APS, apresentando cobertura de 43% com a estratégia Saúde da Família.

Experiências com relação à implantação do PDAPS têm sido publicadas para os municípios de Uberlândia, no Triângulo Mineiro (32) e em Janaúba, no norte de Minas Gerais (33). Em Uberlândia, nota-se uma melhora no acolhimento dos cidadãos após a implantação do PDAPS (32), e em Janaúba, uma redução no indicador de mortalidade infantil (33).

Em 2010, foi realizada a primeira avaliação proposta pela SESMG sobre a implantação do PDAPS em Unaí. Devido à falta de estudos sobre a implantação do PDAPS, que considerem a avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados, o município de Unaí foi escolhido nesta pesquisa como cenário para a avaliação da implantação do PDAPS em Minas Gerais. A avaliação dessa estratégia visou fornecer propostas científicas para reconduzir seu processo de implantação em Unaí e propor reflexões para melhoria da APS em Minas Gerais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A APS NO MUNDO

Desde o fim do século XIX, no ano de 1892, é identificada uma das primeiras formas descentralizadas para a prestação dos cuidados primários em Paris, na França. Na ocasião foi estabelecido pelo professor Pierre Budin, um sistema de centros de atendimento com foco de atuação na população infantil (7).

No período de 1900 até a década de 1950, houve o desenvolvimento de cuidados primários dirigidos às comunidades nos Estados Unidos e na África do Sul (6).

No primeiro quarto do século XX, por volta de 1910, surgiram nos Estados Unidos os Centros Comunitários de Saúde, que buscavam prestar atividades de prevenção, assistência médica e social, educação sanitária, capacitação ocupacional, algumas ações sobre o meio ambiente, habitação e questões de trabalho. Eles eram organizados para uma dada população de risco em um território delimitado (23). As ações de assistência médica incluíam basicamente o pré-natal, as crianças e o combate à tuberculose e às doenças venéreas (7).

Alguns Centros Comunitários de Saúde tinham seus membros eleitos ou designados pela comunidade, que trabalhavam em um estilo de co-gestão e controle por colegiados e conselhos (7). Em algumas cidades, esses Centros de Saúde cobriam toda a municipalidade, inclusive estendendo-se para o meio rural (7). Pode-se dizer que essa foi a primeira tentativa de sistematização organizacional para prestação de assistência, promoção e vigilância à saúde, tendo uma unidade física como porta de entrada à comunidade local (7).

Nesse mesmo ano de surgimento dos Centros Comunitários de Saúde norte-americanos, foi publicado o Relatório Flexner, elaborado após visita do professor Abraham Flexner a 155 escolas médicas americanas (7). Esse documento propunha uma série de modificações nos currículos médicos e marcou decisivamente os rumos da atenção médica em todo o século XX (7).

O modelo flexneriano foi caracterizado pela ênfase no fator biológico como causador das doenças (biologismo), na comparação do corpo humano a uma máquina que precisava ser reparada quando surgissem os defeitos (mecanicismo),

na visão do indivíduo como objeto para a prática médica com desconsideração dos aspectos sociais (individualismo), no aprofundamento em conhecimentos específicos (especialismo), na exclusão de práticas alternativas à prática médica, na inclusão da tecnologia como forma de intermediação entre os homens e a doença (tecnificação do ato médico) e na concentração das ações na medicina curativa, com valorização dos processos fisiológicos em detrimento das causas das doenças (34). O reflexo e a sustentabilidade desse modelo é sentido até os dias atuais nas práticas de saúde.

A valorização dos cuidados primários pelo Estado teve seu início a partir de 1920, com a publicação do Relatório Dawson no Reino Unido (1). Esse relatório “tratava da organização do sistema de serviços de saúde, definia níveis de atenção à saúde, inclusive os cuidados primários à saúde, e discutia as respectivas funções de cada um deles” (24). A partir desse relatório surge a noção de regionalização e hierarquização para organização dos serviços de saúde (23). Os preceitos contidos nesse relatório, apesar de não serem aplicados em sua totalidade no período de sua concepção, serviram como referência para a organização dos Sistemas de Saúde com base na APS, principalmente, após a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978.

No final do século XIX e início do século XX, houve a transição de uma sociedade rural-agrícola para outra urbano-industrial e capitalista, o que determinou a necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho. O Relatório Flexner encaixou-se nesse contexto e trouxe legitimação científico-pedagógica para a prática médica. Seus preceitos serviram como estímulo à expansão da indústria de remédios e de aparelhos médicos (7). Devido à forte assimilação do modelo flexneriano nos Estados Unidos, perante as necessidades capitalistas, os Centros Comunitários de Saúde foram paulatinamente desmontados (7).

Na mesma época, o Estado passou a ter uma crescente participação no setor saúde como financiador, regulador, distribuidor e prestador da atenção médica. Essa participação foi desenvolvida em aliança e subordinação aos interesses do capitalismo industrial na estruturação da prática médica e na organização do setor saúde (7).

Entretanto, à medida que o modelo flexneriano se expandia, ele se revelava inadequado e incapaz de promover saúde em escala para as populações. Apesar de ser eficaz do ponto de vista biológico, mostrou-se extremamente dispendioso e

ineficaz perante os determinantes sociais e psicossociais das doenças, além de não incluir grandes camadas populacionais (7).

Após 1945, término da Segunda Guerra Mundial, esse modelo foi consolidado hegemônico em boa parte do mundo ocidental, devido à influência econômica, cultural e científica dos Estados Unidos. Países periféricos, como o Brasil, tiveram forte impacto desse modelo (7).

Na maioria dos países da Europa Ocidental, implantou-se um modelo assistencial universalizado como parte da política do “Welfare State” (Estado de Bem-Estar Social), cujo financiamento era proveniente dos recursos públicos. Mesmo parcialmente influenciado pelos preceitos flexnerianos conseguiu-se estabelecer um bom nível de APS na Europa Ocidental. Inclusive, a antiga União Soviética e a Europa Comunista também desenvolveram um modelo de cobertura médica universalizada patrocinada pelo Estado, que gerou um adequado nível assistencial básico com ênfase na etiologia social da doença (7).

Por imergir no modelo flexneriano, os Estados Unidos passaram a gastar cada vez mais com o setor de saúde, mesmo com a participação estatal parcial nos gastos. O nível básico passou a não ter o mesmo padrão de acesso e resolubilidade quando comparado com os países da Europa Ocidental e o vizinho Canadá (7).

Na década de 60, o desenvolvimento de ações primárias ocorreu por meio do treinamento de trabalhadores de saúde em vilarejos (8). A Comissão Médica Cristã, criada por missionários médicos, trabalhou nos países em desenvolvimento, reconhecidos como de terceiro mundo na época (6). Nessa década, havia um investimento preferencial em grandes hospitais centralizados e equipamentos. Os cuidados básicos ficavam relegados a poucos serviços públicos desequipados e a instituições de caridade (7). O termo APS foi introduzido nessa década por White, Williams e Greenberg no ano de 1961 (28).

Com o advento da recessão econômica dos anos 70 ocorreu uma série de crises em cadeia, atingindo os serviços de saúde de vários países: europeus inseridos na Política do Bem-Estar Social, em desenvolvimento ou com economias socialistas (7). Essa crise levou a cortes no nível básico de saúde. Devido à dívida externa e à cobrança de altos juros, os países em desenvolvimento empobreceram mais, levando à miséria e índices alarmantes de doenças (7).

Por outro lado, alguns acontecimentos positivos marcaram a história da APS na década de 1970. Ressalta-se a expansão do programa médicos descalços na

China, a priorização das necessidades básicas (alimentação, habitação, água, suprimentos, serviços médicos, educação e emprego), o reconhecimento da eficácia e apoio ao trabalho comunitário pelo diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS), o desenvolvimento da ideia de determinantes “não-médicos” da saúde pelo Relatório Lalonde do Canadá, a realização da primeira Conferência sobre População e da 28ª Assembleia Mundial de Saúde para priorizar a construção de Programas Nacionais de APS, a Conferência Internacional de Alma Ata e a erradicação da varíola (6).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, ocorrida na cidade de Alma Ata, definiu os pressupostos para a APS e foi considerado o principal marco na APS mundialmente. Nessa Conferência, a APS foi definida como:

atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde (2).

Na declaração de Alma Ata foram citados princípios importantes que incidem na organização dos atuais Sistemas de Saúde, como o direito à saúde pelo cidadão, a intersetorialidade e a participação das pessoas no planejamento e implementação dos cuidados em saúde (2).

Nesse documento foi reconhecida a desigualdade existente entre os países quanto à saúde das pessoas. A economia e o desenvolvimento social foram considerados fatores importantes para a redução dessa diferença. A promoção e a proteção da saúde foram erguidas como elementos para sustentar a economia e o desenvolvimento social, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e paz mundial (2). A equidade foi recomendada como um fundamento para as políticas de saúde, ou seja, priorizar os serviços e ações para as pessoas que mais precisam deles (2).

O foco de atuação da APS seriam os principais problemas de saúde da comunidade e deveria abranger no mínimo as ações de educação com relação aos problemas de saúde prevalentes, os métodos de prevenção e controle, os cuidados materno-infantis, o planejamento familiar, a imunização, a prevenção e o controle das doenças endêmicas locais, o tratamento das doenças e as injúrias mais comuns, a provisão de medicamentos essenciais, a promoção de boa nutrição e o saneamento básico (2). Para o desenvolvimento da APS, a Declaração de Alma Ata citou a importância do trabalho em equipe tanto em nível local quanto naqueles de referência e propôs a meta de “Saúde para Todos” até o ano 2000 (2).

Em 1979, após a Conferência Internacional de Alma Ata, foi realizada uma pequena Conferência pela Fundação Rockefeller na Itália, denominada “Saúde e População em Desenvolvimento” (8). O Banco Mundial foi uma das instituições envolvidas na organização do evento, pois buscava superar a crítica de que havia ignorado a pobreza e a fadiga das agências doadoras em países em desenvolvimento (8).

Nessa Conferência foram apresentadas estratégias provisórias ou pontos iniciais por meio dos quais os serviços básicos poderiam ser desenvolvidos. Esse tipo de abordagem foi reconhecido como Cuidados de Saúde Primários Seletivos ou APS Seletiva (8). Um dos participantes, muito influenciado nessa Conferência, foi o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (8).

A APS seletiva enfatizava um conjunto específico de atividades nos serviços de saúde voltados para a população pobre. Os serviços principais incluíam o monitoramento do crescimento, a terapia de reidratação oral, a amamentação e a imunização, e em algumas vezes, a complementação alimentar, a alfabetização de mulheres e o planejamento familiar. Entretanto, esse tipo de abordagem limitava o ideal de APS abrangente proposto em Alma Ata (6,8).

Na década de 1980, os principais marcos globais que influenciaram a APS relacionavam-se à meta do “Saúde para Todos”, à expansão da APS seletiva e de programas verticais, ao início do programa de combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) pela OMS, à realização da Conferência sobre População no México, à elaboração da Carta de Ottawa e ao surgimento da abordagem de Sistemas Locais de Saúde nas Américas (6). Essa década foi marcada nas Américas por depressão econômica, deterioração dos serviços públicos e dependência de doações (6).

Os eventos globais que marcaram a APS na década de 1990 foram a introdução dos conceitos de desenvolvimento sustentável e humano, o Banco Mundial apontar a necessidade de lutar contra a pobreza e investir em saúde, a reforma do setor de saúde com a promoção de um “pacote” de serviços de atenção primária, a mudança no papel do Estado, a realização da Cúpula da Criança em Nova York, da Cúpula da Terra no Rio de Janeiro e da Conferência sobre População e Saúde Reprodutiva no Egito (6). Nas Américas alguns fatos reforçaram esses acontecimentos, como as reformas de saúde que fortaleceram a APS em Cuba e Costa Rica, a criação do Plano de Investimento Ambiental e de Saúde, o fim das guerras civis na América Central, a eliminação da pólio nas Américas e o aumento da expectativa de vida para 72 anos (6). Contraoendo-se, a epidemia de cólera e a deterioração progressiva das condições de vida, do ambiente social e físico foram pontos negativos identificados nesse período nas Américas (6).

Devido ao contexto desenvolvido após a Conferência de Alma Ata, a meta de “Saúde para Todos” não foi alcançada no ano 2000. Mesmo assim, esforços continuaram no sentido de desenvolver a APS.

Na década de 2000, os principais eventos globais que marcaram a APS estiveram relacionados à criação da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde; à expansão da pandemia de HIV/AIDS; ao estabelecimento do Fundo Global contra a AIDS, malária e tuberculose; ao enfoque na equidade em saúde; ao entendimento da saúde como bem de saúde pública global; à elaboração dos objetivos de desenvolvimento do milênio; à criação de comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde e à elaboração da Carta de Bangkok (6).

Na América Latina, desde suas primeiras experiências, a APS apresentou programas seletivos e focalizados caracterizados pela baixa resolução e qualidade (35). Por isso, a OMS em 2007 propôs a renovação da APS, devido às diferentes abordagens que surgiram. Foi recomendado ajustar a APS às realidades atuais e fazer uma análise crítica de seu significado e de seu propósito (6).

Em uma das mais recentes publicações sobre a APS, após 30 anos da Conferência de Alma Ata, a OMS reconhece os avanços obtidos, os desafios e as reformas a serem implementadas no mundo globalizado (36). É cada vez mais definido que o papel dos Sistemas de Saúde na sociedade deve ser estabelecido pelas dinâmicas sociais (36).

Diante do contexto atual de desenvolvimento da APS mundialmente, a OMS recomenda que se considerem cada vez mais as evidências científicas sólidas, a gestão racional da incerteza e o controle social para a reorientação dos Sistemas de Saúde (36). Segundo a OMS, as ações necessárias para reorientar os Sistemas de Saúde para o objetivo de “Saúde para Todos” englobam quatro tipos de reformas: da cobertura universal, para mais equidade em saúde; de prestação de serviços, para orientar os Sistemas de Saúde para as pessoas; da liderança, para autoridades de saúde mais confiáveis; e das políticas públicas, para promover e proteger a saúde das comunidades (36).

Assim, o retorno à proposta de Alma Ata depende da ação dos governos nacionais e das políticas formuladas e implementadas para a transformação de seus princípios em práticas (35).

2.2 A APS NO BRASIL

Algumas práticas, hoje reconhecidas como de APS, são correntes no Brasil desde a segunda metade do século XIX. Elas apresentavam o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial. As descobertas de Pasteur sobre a bacteriologia, no final do século XIX, deram legitimidade científica para o controle de doenças infecciosas. Assim, no final do século XIX e início do século XX, o Estado começou a estruturar ações para combater a febre amarela, a peste e a varíola, que traziam problemas para a exportação do café (37).

O médico Oswaldo Cruz assumiu em 1903 a Diretoria Geral de Saúde Pública, com ênfase no saneamento da cidade do Rio de Janeiro e combate às epidemias da época. Foi criada no Brasil a polícia sanitária, que buscava introduzir por meio da força repressiva estatal as normas e medidas de saúde, consideradas científicas pelos técnicos e burocratas. As práticas de saúde de maior destaque foram as campanhas, que visavam combater problemas específicos (37).

O sucesso das ações foi considerado parcial até a década de 20, pois apesar de muito diagnóstico, poucas vacinas foram desenvolvidas e não havia quase nenhuma terapêutica eficaz, principalmente, do ponto de vista coletivo (37).

Devido ao fortalecimento do complexo cafeeiro e do processo de industrialização, o modelo que explicava a causa das doenças apenas pelos agentes

microscópicos apresentou baixa eficácia. Surgiu então nesse período, uma nova concepção de serviços de saúde, denominada de Saúde Pública, reconhecendo também os problemas ligados à saúde da criança, dos trabalhadores e outros (37). Assim, nas décadas de 20 e 30 foram criadas as Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no campo do seguro social, com o objetivo de prestar assistência médica individual e curativa no meio urbano (16).

Em 1923, ocorreu a primeira reforma sanitária brasileira por Carlos Chagas (37). Os primeiros centros de saúde brasileiros foram criados em 1924, pelo professor Geraldo de Paula de Souza, da Universidade de São Paulo (USP) (15,28). Nessa época, as atividades de educação sanitária foram assumidas nas escolas, tendo como público preferencial crianças e adolescentes. Contudo, as ações sanitárias na década de 20 não intervinham nas condições de vida e de trabalho em que a população infantil da classe popular estava submetida, pois havia ainda excessiva valorização dos agentes etiológicos das doenças (37).

A partir de 1930, com a Era Vargas, a ação estatal no setor saúde foi caracterizada pela construção de um sistema previdenciário para a assistência médica individual para algumas categorias de trabalhadores. As ações de saúde nesse período centraram-se em campanhas sanitárias e programas especiais, como o pronto-socorro e o materno-infantil e as ações educativas no combate de doenças infecciosas e parasitárias (37).

Na década de 40, o Ministério da Educação e da Saúde Pública criou o Serviço Nacional de Saúde, que era voltado para doenças específicas, como a malária, a hanseníase, a tuberculose e outras; e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Tais medidas promoveram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública (16).

O SESP foi criado em convênio com o governo americano, o que permitiu a vinda de novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional, sendo um importante marcador do desenvolvimento das instituições no Brasil, principalmente, devido à proposta de ações programáticas (37). Nesse período, foram criados centros de saúde e postos rurais em várias regiões do país, com a contratação de sanitaristas, equipe auxiliar com laboratoristas e médicos (37). As unidades primárias de saúde da época adotaram um caráter mais abrangente, com articulação de ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa (16). As atividades foram direcionadas para as doenças contagiosas, o diagnóstico

precoce e o tratamento preventivo, a educação sanitária e atividades de higiene em geral (37). As ações do SESP tinham como meta proteger a saúde dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e minério no Norte e Nordeste do país (16,37). A atuação do SESP influenciou também na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, com a introdução dos fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde-doença (37).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) sugeriu o desenvolvimento comunitário como forma de mobilização das populações carentes contra a miséria. Assim, nesse período, houve uma extensão da cobertura de serviços básicos por meio da mobilização da população. Nesse período houve a proliferação do número de treinamentos para voluntários na saúde, aumento dos programas comunitários que empregavam mão de obra gratuita como os mutirões para o saneamento básico e a construção de postos de saúde (37).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que não conseguiu alterar a dualidade entre os serviços de saúde pública e a assistência médica, assunto este debatido em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse evento, duas idéias foram debatidas: o sanitarismo desenvolvimentista, com a proposta de descentralização do sistema, ou seja, com soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra que propunha a ampliação da cobertura populacional pela previdência social (16).

Com o golpe militar em 1964 houve o esvaziamento da participação da população nos rumos da previdência (37). A perspectiva de ampliação da cobertura populacional da previdência social consolidou-se mediante a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (16). A época do regime militar foi caracterizada pela coexistência de doenças infecciosas e crônico-degenerativas, incentivo à construção de hospitais, expansão dos serviços médicos privados, compra de serviços de assistência médica pelo governo e serviços de educação em saúde com agentes nas zonas rurais e periferias urbanas (37).

As mudanças propostas pelo governo militar não foram suficientes para melhorar o quadro de saúde brasileiro. Na década de 70, os movimentos populares começaram a se rearticular e a crescer reivindicando melhores condições de vida. A crise no setor de saúde foi apontada na V Conferência Nacional de Saúde em 1975,

sendo caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços (37).

Em 1975, foi criada a primeira lei com tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde (38). As competências do município estariam ligadas à manutenção da vigilância epidemiológica, dos serviços de saúde de interesse da população local, em especial, os de pronto socorro, à articulação dos planos locais de saúde com os planos estaduais e federais, e à integração dos seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde (38). Contudo, a municipalização com essa lei não prosperou.

Na década de 70, com o apoio financeiro de organismos internacionais em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os departamentos de medicina preventiva das escolas médicas desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Algumas experiências exitosas permitiram às escolas médicas um maior aporte de recursos da previdência social, o que permitiu a projeção do atendimento médico em comunidades com ações de atenção primária. Tais ações atingiram grupos populacionais sem acesso aos cuidados médicos na área urbana e rural, por meio de atividades de extensão acadêmica. Esse projeto postulava uma medicina com base integral, que focava os efeitos coletivos da atenção prestada. Ainda que realizadas de forma marginal, essas práticas abriram o debate para a APS no Brasil (16).

Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de “levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário, adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local” (39). Esse programa destinava recursos para a construção de UBS com vistas a implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte nas regiões nordeste e sudeste (16).

Em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia que os municípios tinham o papel de estruturar os serviços básicos (39). Em 1978, foi realizado o primeiro encontro municipal da saúde em Campinas, onde se concluiu que a APS era prioridade nos municípios e os atendimentos secundários e terciários seriam de responsabilidade da União e dos Estados (39).

Após a Conferência de Alma Ata, em 1978, surgiu a proposta de medicina comunitária, com foco na população marginalizada, seja urbana ou rural. Por meio desses serviços, os profissionais passaram a conviver de forma mais próxima aos problemas das classes populares. Os baixos salários e as interferências de políticos nos serviços causaram a desmotivação dos profissionais e limitação de suas ações (37).

Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, surgiram as ideias que culminaram no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com o intuito de generalizar o desempenho do PIASS para os centros urbanos de maior porte (16). Contudo, devido à crise econômica da previdência o programa não foi realizado (39).

Em 1982, surgiu uma proposta para reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, mais conhecido como Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Por meio desse plano, o modelo curativo começou a ser abalado pondo fim ao pagamento por unidade de serviço na assistência médico-hospitalar (39).

Em 1985, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), entendidas como uma “proposta de organização dos serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo” (16). Os municípios seriam a porta de entrada do sistema, no qual as unidades básicas seriam responsáveis por ações de caráter preventivo e de assistência médica, com o intuito de integrar o sistema de saúde pública ao previdenciário, independente de contribuição financeira à previdência social (16). Com as AIS houve a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios (16), passo este inicial para o processo de descentralização da assistência à saúde no Brasil (39).

Outros programas foram criados paralelamente às AIS entre 1984 e 1987, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC). Eles serviram de referência para novos programas de atenção integral criados posteriormente para os grupos de risco, como aqueles voltados para os hipertensos, diabéticos, idosos e outros (16).

No processo de democratização do país surgiu um movimento sanitário envolvendo professores de departamentos de medicina preventiva e social, estudantes, residentes, profissionais de saúde e técnicos de ministérios setoriais que

defendiam a unificação do sistema de saúde, com valorização do primeiro nível de atenção. Essas propostas fizeram parte dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (16,39). O relatório desta Conferência subsidiou a Constituição Federal de 1988 com relação aos assuntos da saúde. Essas propostas foram essenciais para mudar o direcionamento da política de saúde brasileira, estabelecendo a saúde como um direito de todo o cidadão e dever do Estado (39).

Na Constituição de 1988 foram destacados como princípios do SUS: a universalidade do acesso, a equidade quanto às ações e serviços de saúde, a integralidade no atendimento, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços públicos de saúde, e a participação da comunidade (40).

Entre 1987 e 1990 vigorou no Brasil o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), caracterizado pela re-centralização política e administrativa nas Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, isso não causou muitos problemas à descentralização aos municípios devido a sua curta duração (39).

Em 1990, foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde. A Lei nº 8080 dispunha sobre a organização do SUS no território brasileiro (41), passando a ser reconhecido como o único sistema unificado de saúde da América do Sul (35). A Lei nº 8142 orientava sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (42). Em nenhuma dessas leis é citado o termo Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde.

As experiências com o Programa de Agentes Comunitários, sobretudo no Estado do Ceará, implantado em 1988, influenciaram a concepção teórica e prática do PACS, institucionalizado em 1991 pelo Ministério da Saúde (15). Esse programa tinha o intuito de combater e controlar a epidemia de cólera e de diarreia, com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação (16).

O PACS contemplou inicialmente as regiões Nordeste e Norte do país (16). Os ACS eram subordinados às unidades básicas administradas pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e supervisionados por enfermeiros. Diante da baixa cobertura médica nessas regiões, os ACS foram capacitados para outras atribuições, como o cadastramento da população, o diagnóstico comunitário, a identificação de áreas de risco e a promoção de ações para a proteção da saúde da criança e da mulher (16).

Baseado na experiência com o PACS e de outros países que utilizavam um modelo de assistência à família, como Cuba, Canadá, Suécia e Inglaterra, o PSF foi criado no Brasil em uma reunião nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília (43).

Desde o início de sua concepção, o PSF já era entendido como uma estratégia para modificar o modelo assistencial brasileiro (15), sendo a família o foco para a oferta das ações primárias para a saúde (24). O primeiro documento oficial que apresentava as diretrizes operacionais do PSF foi denominado “Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa” (15). Inicialmente, o PSF foi implantado, principalmente, nos pequenos municípios (16).

Com a Norma Operacional Básica (NOB/96), publicada em 1996, a Atenção Básica à Saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção. Nesse documento foram apresentadas as modalidades de gestão que os municípios poderiam assumir no SUS, sendo os serviços básicos considerados como responsabilidade dos municípios, independente do tipo de gestão escolhido (44). Foi ainda estabelecido o financiamento da Atenção Básica no Brasil, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) e de incentivos ao PSF e PACS (44).

No fim do ano de 1997, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1886 em que priorizou e estimulou a expansão do PACS e do PSF, entendendo que esses programas eram estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação ambulatorial e domiciliar. Nessa portaria foram definidas as normas e diretrizes para o funcionamento desses programas no Brasil (17).

Entre os aspectos que caracterizavam a reorganização das práticas de trabalho na APS com a estratégia Saúde da Família estão a adscrição da população, a territorialização, a programação e o planejamento descentralizado, a integralidade da assistência, a abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial, a participação e o controle social, a educação permanente e a adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (17).

O processo de trabalho no PSF era desenvolvido por meio de uma equipe mínima de profissionais, com carga horária definida para seus componentes, com atuação em um território geográfico delimitado e com formação de vínculo com sua população. Por meio do PSF buscou-se a prestação de serviços de APS de maior qualidade, contribuindo para reorganizar toda a rede de atenção à saúde em nível local (17).

Nos anos de 2001 e 2002, o Ministério da Saúde publica e republica a Norma Operacional da Assistência da Saúde (NOAS) (10,45). Essa norma buscou dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, definindo inclusive as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, como, o controle da tuberculose; a eliminação da hanseníase; o controle da hipertensão e do diabetes mellitus; e as ações de saúde bucal, da criança e da mulher (10,45).

No ano de 2001, a saúde bucal passou a fazer parte também da estratégia Saúde da Família, com a inserção do cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliares de consultório dentário, conforme terminologia utilizada na época para os profissionais de nível auxiliar (18).

Apesar de internacionalmente utilizar-se a terminologia de APS, derivada possivelmente da Declaração de Alma Ata, no Brasil é adotado o termo Atenção Básica para designar os cuidados primários à saúde.

Somente em 2006, a Atenção Básica é reconhecida como uma Política Nacional de Saúde, definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (9).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram apresentados os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera de governo, as orientações sobre a infraestrutura, os recursos necessários, o cadastramento das unidades que prestam os serviços, o processo de trabalho das equipes de profissionais e suas

atribuições, o processo de educação permanente e especificidades para o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família e PACS (9).

Além das áreas estratégicas para a operacionalização da APS apresentadas na NOAS (10,45), a PNAB considera a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso e a promoção da saúde (9).

A PNAB esclarece que no Brasil pode coexistir um modelo misto de APS, caracterizado pela oferta dos serviços e ações em: UBS, sem definição de carga horária mínima dos profissionais, território de abrangência e vínculo com a população; e em Unidades Básicas de Saúde da Família onde funciona o PSF (9).

Com a possibilidade de construções no Sistema de Saúde descentralizado, novos programas foram elaborados e implantados com o intuito de aperfeiçoar a APS. Um exemplo é o Programa Médico de Família de Niterói, que apesar do nome parecido, possui constituição e funcionamento diferentes do PSF (46). Em Minas Gerais foi apresentada outra possibilidade, o PDAPS, que apresenta possibilidade de ser aplicado tanto em UBS que funcione no modelo do PSF ou não. Por meio do PDAPS buscou-se melhorar a qualidade de trabalho da APS com a construção das redes de atenção à saúde, utilização de diretrizes clínicas e de instrumentos para a gestão da clínica na APS (12).

2.3 A APS EM MINAS GERAIS E A ORIGEM DO PDAPS

Desde a criação do SUS, o Estado de Minas Gerais passou por uma crise estrutural, pois o papel que exercia de prestar ações diretamente à população passou a ser de competência municipal (47).

Para superar essa crise, a Secretaria Estadual de Saúde definiu suas novas funções e missões a partir de 2003, visando a radicalização da descentralização e a implantação de sistemas gerenciais de gestão pública por resultados. Propôs-se assim, a internalização de novos valores como a cultura de resultados, das decisões baseadas em evidências e da comunicação interna (47).

Nesse período, no Estado de Minas Gerais, o PSF já estava implantado em algumas localidades, sendo uma proposta da SESMG realizar incrementos quantitativos e qualitativos no programa, objetivando uma maior organização da atenção básica no Estado (47).

O incremento quantitativo esteve ligado ao aumento da cobertura do programa para a população do Estado, com maior número de ESF e de ACS. O incremento qualitativo relacionou-se às ações fundamentais, como a elaboração e definição de protocolos clínicos, o aperfeiçoamento do sistema de monitoramento das ESF, a implantação de sistemas de educação permanente e de Comitês de Qualidade da Atenção Primária nas microrregiões. Para obter esses incrementos seria necessário estabelecer um incentivo estadual para o PSF (47).

A base da política de saúde da SESMG estava voltada não apenas para a APS, mas para a construção de um verdadeiro Sistema Integrado de Saúde em que a APS desempenharia um papel fundamental. O Sistema Integrado de Saúde foi conceituado como:

uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite prestar uma assistência contínua a uma população definida – no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (48).

Nessa época, Minas Gerais não possuía um sistema integrado, pois os pontos de atenção à saúde atuavam isoladamente uns dos outros. À APS caberia a função de ser o centro de comunicação entre esses diferentes pontos de atenção à saúde (47).

Porém, a APS do Estado apresentava sinais de fragilidade devido à grande quantidade de internações que poderiam ser evitadas pelos cuidados primários. Em Minas Gerais, no ano de 2000, houve 390 mil internações (37,2% do total), significando um gasto de R\$ 112 milhões (47). Esse foi um motivo importante para a decisão de investimento quantitativo e qualitativo na APS, definindo o PSF como um dos projetos prioritários da política de saúde (47).

No ano de 2005, materializou-se o desejo de ampliação e fortalecimento do PSF no Estado com a criação do Programa Saúde em Casa (PSC) (49). Na ocasião, a distribuição do investimento estadual por ESF aos municípios passou a obedecer a uma nova lógica com base em critérios técnicos, que permitiram o repasse de mais recursos financeiros aos municípios com maior necessidade (50).

Além do fortalecimento da APS, o Sistema Integrado de Saúde exigiu a melhoria na capacidade de prestação dos serviços hospitalares, com a definição de

outro projeto prioritário na política de saúde, o PROHOSP (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais) (47).

Houve o entendimento de que, para os pontos de APS se comunicarem com a rede hospitalar, era necessária a construção de redes assistenciais que respeitassem as diferentes realidades do Estado, sendo assim regionalizadas (47). Para a implantação desses sistemas microrregionais de saúde surgiu outro projeto estruturante da política de saúde do Estado, o de Regionalização da Atenção à Saúde (47).

Uma revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi realizada considerando novos parâmetros técnicos, como a qualidade da atenção, o acesso, a economia de escala e de escopo para a constituição desses sistemas microrregionais (47).

Buscou-se com esses projetos prioritários contribuir para o desenvolvimento de um SUS diferenciado, que considerasse as diferentes realidades do Estado. Esse período compreendido entre 2003 e 2006, denominado de “Choque de Gestão”, foi considerado como o início de uma série de transformações no Estado, com iniciativas para promover o ajuste fiscal, a organização do governo e de suas ações prioritárias (50).

No período de 2007 a 2010 ocorreu a segunda geração do “Choque de Gestão”, com o objetivo de consolidar uma cultura de Estado para resultados, ou seja, “um Estado capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo a plena conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados” (50).

Essa segunda etapa do “Choque de Gestão” teve como suporte um sistema de planejamento estratégico com a visão de tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver até 2023. Para isso, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) foi revisado e definida uma carteira de projetos prioritários, articulando ações de curto, médio e longo prazo, para o período de 2007 a 2023 (51).

No PMDI, foram definidas onze áreas para resultados, integradas por projetos estruturadores, programas associados e especiais, que em conjunto, compunham a carteira de projetos do governo de Minas Gerais. Para cada área de resultado foram definidos objetivos estratégicos, ações e resultados finalísticos específicos (50).

Uma área de resultado do PMDI é o Vida Saudável, cujos objetivos são:

universalizar a atenção primária de saúde para a população, reduzir a mortalidade materno infantil, ampliar a longevidade e melhorar o atendimento da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes e ampliar significativamente o acesso ao saneamento básico (51).

O “Rede Viva Vida”, o “Saúde em Casa” e a “Regionalização da Atenção à Saúde” foram considerados no PMDI como pertencentes à carteira dos projetos estruturadores, ou seja, aqueles em que os recursos estaduais foram alocados com prioridade e nos quais se esperam os maiores impactos (50).

Os Programas Associados foram aqueles que apresentavam sinergia com os Projetos Estruturadores, como o Rede mais Vida, para pessoas idosas; o Rede Hiperdia, voltado para as doenças cardiovasculares e ao diabetes; e a Farmácia de Minas, com o objetivo de garantir a distribuição de medicamentos. Os Programas Especiais contemplavam ações setoriais complementares aos Projetos Estruturadores e aos Programas Associados, como o Minas Olímpica, relacionado a um estilo de vida saudável por meio do esporte (50).

Em 2006, o Estado de Minas Gerais já possuía uma cobertura de 61,5% da população com ESF. Considerando que 25% da população mineira tinham cobertura com planos privados, essa cobertura em termos da população SUS dependente aumentava para mais de 80% da população (12).

No início dessa segunda etapa do “Choque de Gestão” percebeu-se que a batalha no número de ESF estava praticamente ganha no Estado, contudo restava qualificar as ESF existentes. A quantidade de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial chegava a 33% das internações hospitalares em Minas Gerais, custando anualmente, mais de 100 milhões de reais. (12).

Vários problemas estavam associados à forma de execução dos cuidados primários em Minas Gerais (29). O entendimento de que a APS é simples, menos complexa que a atenção de média e alta complexidade, conduzia à ideia de que os investimentos financeiros poderiam ser pequenos. Isso causava uma “banalização da atenção primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e às populações mais pobres” (12).

A APS, entendida como o centro de comunicação e reorganização de um Sistema de Saúde (1), tinha seu papel reduzido com relação à organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas e das informações ao longo do contínuo da atenção (12).

Outro problema referia-se à predominância de um modelo voltado para o atendimento das condições agudas. A análise epidemiológica, realizada por meio do estudo da carga das doenças, mostra que ela se compõe de: 15% por doenças infecciosas, 10% por causas externas, 9% por condições maternas ou perinatais e 66% por doenças crônicas. Somando-se as duas últimas, ambas as condições crônicas, têm-se que 75% da carga das doenças no Estado estão relacionadas às condições crônicas. Assim, os resultados do modelo de atenção para a condição aguda eram muito desfavoráveis (12).

As dificuldades para o desenvolvimento da APS estavam associadas à ausência de diretrizes clínicas com base em evidências para o processo de trabalho, uma precária infraestrutura física das unidades de saúde e de seus equipamentos, à fragilidade do sistema de educação permanente, desigualdades regionais em saúde e problemas nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais (12,29).

Percebeu-se também que o Estado passava por uma acelerada transição demográfica. Em 2006, 9% da população mineira estava com mais de 60 anos de idade, em 2025, a previsão é que esse percentual seja de aproximadamente 15%. Essa possibilidade traria duas implicações: o aumento dos custos do sistema público de saúde e o incremento das doenças crônicas (12).

Diante da situação apresentada, a SESMG elaborou a proposta de estruturação do Sistema de Saúde sob a forma de redes de atenção à saúde, com centro de comunicação na APS. O Plano de Governo de Minas Gerais, nessa segunda etapa do “Choque de Gestão”, coloca então como prioridades a implantação das redes de atenção às mulheres e crianças (Rede Viva Vida), às urgências e emergências, às doenças do aparelho circulatório e diabetes (Rede Hiperdia) e aos idosos (Rede Mais Vida) (50).

A concepção de redes de atenção à saúde tem suas origens no ano de 1920 no Reino Unido, por meio da publicação do Relatório Dawson (52,53). Contudo, só toma forma no início dos anos 90 nos Estados Unidos, em um ambiente com o Sistema de Saúde segmentado e com hegemonia do setor privado (53).

Há experiências em outros países de que as redes de atenção à saúde contribuem para “melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (54)

Não há experiências em escala com relação às redes de atenção à saúde no Brasil (54). Uma experiência com a implantação de redes de atenção à saúde da mulher e da criança no município de Janaúba demonstrou que sua implantação causou um impacto significativo na redução da mortalidade infantil (33).

As redes de atenção à saúde podem ser definidas como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (54).

As redes de atenção em saúde são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (54). A população é a razão da existência da rede, que precisa viver em territórios sanitários singulares, organizar-se socialmente em famílias e ser cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sanitários (54).

A estrutura operacional da rede de atenção à saúde é constituída por cinco componentes: a APS, que é o centro de comunicação da rede, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e seu sistema de governança (54).

A escolha da APS como centro de comunicação da rede é justificada porque os Sistemas de Saúde baseados na APS são considerados mais adequados, efetivos, eficientes, equitativos e de maior qualidade (54).

Nessa perspectiva, de redes poliárquicas, não há relações de subordinação entre os níveis de atenção, pois tanto a APS, como a atenção secundária e a terciária são igualmente importantes para atingirem os objetivos comuns de atenção integrada ao usuário (54).

Os sistemas de apoio são os locais institucionais nas redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, como os campos de apoio

diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e os sistemas de informação (54).

Os sistemas logísticos são as soluções tecnológicas que garantem uma melhor organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na rede. Os principais sistemas logísticos são: o cartão de identificação do usuário, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte sanitário (54).

A governança das redes de atenção é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes, de forma a gerar cooperação entre os atores sociais envolvidos, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (54).

A APS, os pontos de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio são considerados os nós na rede de atenção em saúde. A APS é o nó intercambiador, pois coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Os sistemas logísticos fazem as ligações materiais e imateriais que comunicam os diferentes nós, e o sistema de governança responsabiliza-se por governar a relação entre os demais componentes (54).

Com relação ao modelo de atenção à saúde, pode-se dizer que ele é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde voltados para as condições agudas e crônicas, com várias possibilidades apresentadas na literatura (54).

Para o desenvolvimento da rede de atenção em Minas Gerais, foi utilizado o modelo de atenção crônica elaborado por Mendes (12). Esse modelo estrutura-se em cinco níveis e em três componentes articulados: a população, os focos e os tipos de intervenções de saúde (12).

No primeiro nível, as ações são desenvolvidas considerando a população total de uma rede de atenção à saúde, com foco nos determinantes sociais da saúde e intervenções de promoção da saúde (12).

No segundo nível, as ações são executadas para parte da população que está submetida a algum fator de risco para as condições crônicas com intervenções de prevenção das condições de saúde (12).

A partir do terceiro nível já se tem uma condição de saúde diferenciada estabelecida, cuja complexidade definirá as intervenções de saúde a serem realizadas. Por isso, é importante que essas populações sejam definidas na

população total e estratificadas segundo o risco da condição de saúde. A partir desse nível, os profissionais passam a utilizar duas tecnologias para a gestão da clínica: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso (12).

Assim, no terceiro nível, as ações são executadas para uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde diferenciada, mas simples, ou seja, de baixo ou médio risco, que utiliza para isso, a gestão da condição de saúde com ênfase no autocuidado apoiado (12).

No quarto nível, as ações são direcionadas para parte da população com condição de saúde complexa (de alto ou muito alto risco) por meio da gestão da condição de saúde, cuidada equilibradamente pela equipe multiprofissional e pelo autocuidado apoiado (12).

No quinto nível opera-se com as pessoas que possuem uma condição de saúde muito complexa. Essa subpopulação é aquela que geralmente consome mais da metade dos recursos globais de um Sistema de Saúde. As intervenções para essas pessoas são realizadas por meio da tecnologia de gestão de caso (12).

A operacionalização do modelo de atenção às condições crônicas, proposto por Mendes, exige mudanças na rede de atenção à saúde, como a implantação de prontuários eletrônicos que incluam planos de cuidados, utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, educação permanente para os profissionais, integração da APS e atenção especializada, colocação do usuário como centro de atenção à saúde, entre outros (12).

Considerando a necessidade de estruturação da rede de atenção à saúde e os problemas complexos da APS em Minas Gerais, a SESMG elaborou uma resposta orgânica que se materializou no PDAPS, respeitando o campo de atuação do município nos cuidados primários. Essa proposta considerou na sua elaboração, a ideia de implantar instrumentos para gestão da clínica e desenvolver a rede de atenção à saúde em Minas Gerais, na qual a APS é o centro de comunicação (12). O objetivo síntese do PDAPS seria reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, com meta de 28% em 2010 e entre 16 a 21% em 2023 (12).

2.4 A OPERACIONALIZAÇÃO DO PDAPS

A implantação do PDAPS obedece à lógica de descentralização político-administrativa do SUS e envolve uma parceria entre o Estado e os municípios mineiros, por meio de suas Secretarias Municipais de Saúde (12).

As estratégias adotadas pela SESMG para a implantação do PDAPS envolveram vários participantes: a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG), a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), as Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as Secretarias Municipais de Saúde (12).

O público-alvo do PDAPS foram os profissionais com atuação direta ou indireta na APS em nível municipal, ou seja, profissionais das Unidades de Saúde Convencionais, ESF das Unidades Básicas de Saúde da Família (do PSC) e técnicos do nível central, nas 75 microrregiões do Estado de Minas Gerais (12).

A forma de implantação deveria ocorrer em duas etapas. A primeira etapa refere-se à realização de dez oficinas nas 75 microrregiões do estado no período de 2007 a 2010. Na segunda etapa, ainda em operacionalização, seriam implantadas as demais ações (12).

Devido a grande quantidade de municípios no Estado, a primeira etapa ocorreu em três fases. A implantação do PDAPS foi realizada, na Fase 1, nos municípios de Itabira e Uberlândia e nas microrregiões de Montes Claros / Bocaiúva e Janaúba / Monte Azul, envolvendo cerca de 200 ESF de 28 municípios (12).

Na Fase 2, o PDAPS foi implantado em 9 macrorregiões (Norte, Jequitinhonha, Nordeste, Sudeste, Leste do Sul, Centro Sul, Triângulo Norte, Noroeste e Oeste), através de parceria com a ESPMG que executou as ações educacionais de forma descentralizada através de Cooperação Técnico Educacional com a UNIMONTES e com a UFJF e UFU (12).

A Fase 3 teve início previsto para junho/08 e término em 2010, beneficiando quatro macrorregiões – Centro, Sul, Leste e Triângulo Sul, através da parceria com outras universidades. A UNIFAL ficou responsável pela macrorregião Sul, a UFTM pelo Triângulo Sul e a ESPMG pelo Centro e Leste (12).

Devido ao período de implantação diferenciado nos municípios mineiros, a avaliabilidade do programa, até o momento, só é possível com relação à primeira etapa.

Sua implantação foi realizada por meio da participação dos profissionais dos municípios em 10 oficinas de capacitação, com os seguintes conteúdos: Redes de Atenção à Saúde (12), Análise da Atenção Primária à Saúde no Município (13), Diagnóstico Local (55), Programação Local e Municipal (56), Acolhimento e classificação de risco (57), Abordagem Familiar (58), Contrato de Gestão (59), Sistema de Apoio Diagnóstico Laboratorial (60), Prontuário de Saúde da Família (61) e Monitoramento e Avaliação (62).

A metodologia para a implantação do PDAPS é realizada por meio de oficinas educacionais, fundamentadas em uma concepção de aprendizagem baseada na identificação de problemas, estímulo à reflexão das práticas e na elaboração de soluções contextualizadas. Esse processo inicia-se em oficinas para a formação de agentes multiplicadores (facilitadores) pelos tutores das universidades e por técnicos das GRS nas microrregiões, e termina com a replicação das oficinas para os profissionais de saúde dos municípios (12).

As atividades de ensino-aprendizagem são realizadas em dois momentos denominados de períodos de concentração e dispersão. O período de concentração é constituído por situações de reflexão sobre a prática e de sistematização do conhecimento teórico. A dispersão é o momento de desenvolvimento do conteúdo das oficinas nos territórios, culminando na construção e desenvolvimento dos instrumentos gerenciais para a reorganização do processo de trabalho (12).

A carga horária total das oficinas foi de 320 horas, com 160 horas no período de concentração (parte teórica) e 160 horas no período de dispersão (trabalho de campo) (12).

As oficinas aconteceram no Estado numa lógica de descentralização. Primeiro os tutores das universidades foram preparados para efetuar as oficinas em nível microrregional. Esses tutores executavam as oficinas para os facilitadores, que por sua vez, replicavam as oficinas para os profissionais da APS em seus respectivos municípios de atuação (12).

Os participantes das oficinas se responsabilizavam pela implantação nos períodos de dispersão dos instrumentos do PDAPS conforme as orientações específicas de cada oficina. Em todas as oficinas, no período de dispersão, os

profissionais deveriam realizar tarefas relacionadas aos assuntos abordados na parte teórica das oficinas. Os facilitadores além de replicar as oficinas exerciam supervisão na implantação dos instrumentos do PDAPS, identificavam eventuais problemas e contribuíaam na busca de soluções adequadas (12).

No período de dispersão foram elaborados produtos baseados nos conteúdos de cada oficina, que serviram para o aperfeiçoamento da APS local. A validação dos produtos das oficinas do PDAPS foi realizada por meio de relato e discussão nas reuniões dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde pelas Secretarias Municipais e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) microrregionais pelas GRS (29).

A primeira oficina, denominada “Redes de Atenção à Saúde” tratou da apresentação do PDAPS e discutiu sobre os fundamentos que dão base à construção de redes de atenção à saúde, os elementos que as constituem e os modelos de atenção nessa rede. Foi apresentado também o Sistema de Manchester como um instrumento para o acolhimento com classificação de risco do usuário na rede de atenção à saúde (12).

Os objetivos da segunda oficina estiveram relacionados ao alinhamento conceitual sobre APS, à análise da situação atual dos cuidados primários, aos princípios para análise e planejamento da infraestrutura física da APS e à elaboração do plano de fortalecimento da APS no município, incluindo também outro plano de investimento em estrutura física (13).

Na terceira oficina foi trabalhada a compreensão das etapas para o diagnóstico local da APS, o conceito e as fases da territorialização, o conceito e os objetivos do cadastro familiar, a classificação por grau de risco da família e a utilização do instrumento para diagnóstico local da SESMG (55).

A quarta oficina buscou promover um alinhamento conceitual sobre a gestão da clínica e a programação local e municipal. Além disso, propôs exercitar a elaboração da programação local nas equipes de saúde e identificar os elementos importantes para a reorganização dos processos de trabalho e elaboração da agenda das UAPS (56).

No PDAPS é entendido que a gestão da clínica tem o objetivo de assegurar padrões clínicos ótimos e, por consequência, melhorar a qualidade das práticas clínicas. Ela apresenta um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar verticalmente os diversos pontos de atenção para formar uma rede de atenção à saúde. Entre os instrumentos propostos pelo PDAPS para a microgestão

da clínica destacam-se as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de casos e o prontuário clínico (56).

As diretrizes clínicas são instrumentos para normalização do padrão do cuidado em saúde, cujo objetivo é orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas com base em evidências científicas. Em Minas Gerais, as Linhas-guia são exemplos de diretrizes clínicas implantadas (56).

A gestão da condição de saúde é entendida como a gestão de processos de uma condição ou doença, que engloba o conjunto dos pontos de atenção à saúde na rede assistencial. É uma tecnologia indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo (56).

A gestão de casos é um processo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, por meio do planejamento, monitoramento e avaliação das opções de serviços de acordo com a necessidade do usuário (56). O prontuário clínico é o instrumento que contém registros sobre o cuidado com o paciente e também dos documentos relacionados a essa assistência (56).

A quinta oficina teve como propósito buscar a compreensão e aplicação dos fundamentos sobre o acolhimento e o protocolo de classificação de risco na atenção à demanda espontânea e organizar a agenda da equipe de saúde (57). Na sexta oficina foi realizado um alinhamento conceitual sobre abordagem familiar e a aplicação dos seus instrumentos principais (58).

A abordagem familiar é considerada um princípio da APS (1) que remete ao conhecimento dos membros da família e de seus problemas de saúde pelos profissionais (58). Esse conhecimento pode ser realizado em vários momentos do processo de trabalho da equipe de saúde, como no cadastramento familiar, na mudança nas fases do ciclo de vida e no surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto (58). A abordagem com foco na família é realizada desde 1994 com a instituição do PSF no Brasil.

Existem algumas ferramentas utilizadas para proporcionar um melhor conhecimento das famílias. Por meio desses instrumentos é possível antecipar os problemas e entender melhor como se dá o processo saúde-doença dentro da família (63). Em Minas Gerais, na implantação do PDAPS, foi definida a utilização dos seguintes instrumentos: o genograma e o ciclo de vida familiar.

O genograma mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares, proporcionando a visualização da família e a possível relação de um problema clínico com o contexto familiar (58,63)

O ciclo de vida familiar permite aos profissionais uma visão antecipada de possíveis desafios a serem enfrentados de acordo com o estágio de desenvolvimento em que a família se encontra. Isso possibilitará a realização de atividades educacionais, com o esclarecimento sobre a forma de enfrentar as crises que podem surgir nas diversas fases (58).

Na implantação do PDAPS esses dois instrumentos deveriam ser inicialmente aplicados às famílias de risco, como um dos resultados esperados com a oficina 6 (58).

Os objetivos da sétima oficina foram realizar um alinhamento conceitual sobre o contrato de gestão, conhecer o contrato do Programa Saúde em Casa, discutir sua aplicação nos municípios e desenvolver uma proposta de contratualização com as equipes de saúde (59).

O Contrato de Gestão é um instrumento utilizado no PDAPS para coordenar as atividades, assegurar a cooperação, distribuir os resultados da cooperação e assegurar que os compromissos pactuados sejam cumpridos (59). Ele apresenta um conjunto de cláusulas que envolvem a definição dos objetivos e dos serviços que serão prestados à população, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, e os sistemas de garantia, monitoramento, avaliação e pagamento de incentivos (59).

Busca-se por meio do contrato de gestão estabelecer uma nova cultura gerencial, cuja essência está na parceria, no sentido da responsabilização entre contratadores e contratados (59). A Resolução nº 1935 de 08 de julho de 2009, normatizou o Contrato de Gestão entre o Estado e os municípios, denominado nesse documento de Termo de Compromisso do PSC (64).

Na oitava oficina foram apresentados os protocolos dos principais exames laboratoriais relacionados à APS e discutidas a sua utilização nos municípios. Foi também elaborada a programação dos exames laboratoriais relacionados ao pré-natal, hipertensão e diabetes pelas equipes de APS nos municípios (60).

O PDAPS considera que os exames laboratoriais são um dos principais e mais utilizados recursos para o apoio diagnóstico na prática clínica. Contudo, a situação atual da assistência laboratorial em Minas Gerais é caracterizada pela

baixa produtividade, tempo prolongado entre coleta e entrega do resultado (ineficiência), controle da qualidade ausente ou inadequado, ausência de indicadores de desempenho dos serviços entre outros (60).

Experiências em alguns países como Canadá têm demonstrado a necessidade de descentralização do atendimento direto ao paciente e centralização do processamento do material biológico, inspirando o modelo mineiro de organização da rede de atenção. Assim, a proposta do PDAPS buscaria a integração dos pontos de APS e do laboratório centralizado, estabelecendo um fluxo de amostras e laudos de exames entre eles (60).

Nessa reestruturação, o uso de protocolos clínicos e propedêuticos são instrumentos que contribuem na otimização e no uso apropriado de exames laboratoriais. Assim, o conteúdo desses protocolos deve abranger informações técnico-científicas atualizadas e contextualizadas (60).

Nos protocolos são abordados os seguintes aspectos: indicações clínicas do exame, preparo do paciente, cuidados com coleta e manuseio da amostra biológica, principais fatores pré-analíticos e interferentes, métodos mais utilizados para a realização dos testes, critérios para interpretação do resultado e os comentários do patologista clínico (60).

A elaboração dos protocolos no PDAPS considerou os exames laboratoriais apresentados nas Linhas-guia. Na oficina 8 são apresentados protocolos aos profissionais com relação à dosagem de glicose e de potássio, HBsAg, exame de urina rotina, cultura de urina e microalbuminúria (60).

Foi adotado pelo PDAPS que a organização do fluxo processual da assistência laboratorial seguiria a sequência: fase pré-analítica (indicação e solicitação de exame – preparo do paciente – coleta, armazenamento e transporte), fase analítica (realização do teste) e fase pós-analítica (análise do resultado e liberação do laudo de exame). As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), terminologia utilizada em Minas Gerais para as UBS, seriam os locais de coleta e armazenamento do material para ser transportado ao laboratório de referência no município para processamento das demais fases (60).

A nona oficina trabalhou com o alinhamento conceitual sobre os fundamentos do Prontuário Clínico, a aplicação do Prontuário de Saúde da Família, e a apresentação e discussão sobre o Prontuário de Saúde da Família versão eletrônica (61).

Na décima oficina foram trabalhados os fundamentos relacionados ao monitoramento e avaliação, à organização de processos para o alcance de metas e à construção de um plano de monitoramento de indicadores (62).

Para o PDAPS, o monitoramento deve ser realizado com base em normas e parâmetros estabelecidos com o intuito de continuamente analisar as intervenções, cuja função habitual é do gerente (62). Para isso, os Sistemas de Informação são considerados instrumentos importantes para coletar, processar, armazenar e disponibilizar os dados do Sistema de Saúde, subsidiando assim o gerenciamento do processo saúde-doença, através de informações clínicas e epidemiológicas (62).

Diante dos conteúdos e das propostas apresentadas pelas oficinas, o PDAPS propõe a melhoria dos processos de trabalho estabelecendo uma padronização nas ações em nível gerencial local e no atendimento prestado diretamente ao usuário, com maior poder de resolutividade dos problemas de saúde.

Para subsidiar a implantação do PDAPS, algumas estratégias do PSC foram aplicadas, como investimentos em construção de novas UAPS (65), equipamentos e alguns insumos para o trabalho (30), incentivo para a aquisição de equipamentos relacionados à implantação do Protocolo de Manchester nas UAPS (66) e de televisores e antenas para implantação do Canal Minas Saúde, com intuito de fornecer capacitação aos profissionais baseado nas Linhas-guia de atenção à saúde (67).

Somando este conjunto de estratégias com o conteúdo das oficinas de capacitação espera-se a melhora da qualidade de vida da população local e do Estado, demonstrada por melhores indicadores de saúde, em que o principal deles é a redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (12).

2.5 O MUNICÍPIO DE UNAÍ

O município de Unaí, instalado em 1943, situa-se na região noroeste do Estado de Minas Gerais e ocupa uma área de 8.447 Km². É o terceiro município em área geográfica do Estado. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 77.590 habitantes, com predomínio da população residente na área urbana (68). Seu Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) é próximo ao do Distrito Federal, fato este que o destaca perante outros municípios da Região do Entorno do Distrito Federal.

Unai apresenta a maior área irrigada da América Latina, com 35 mil hectares, e a segunda maior bacia leiteira do Estado, com 200 mil litros/dia. Possui o segundo maior rebanho de corte de Minas Gerais, com 300 mil cabeças, e o segundo maior Produto Interno Bruto agrícola do Estado. É considerado o maior produtor brasileiro de feijão, e o primeiro de milho e soja do Estado, com volume de produção de 234 mil toneladas (69).

No ano de 1959 foi inaugurado seu primeiro serviço de saúde: o Posto de Saúde e Puericultura Mário Pinotti. Esta unidade foi fundada pela liga católica, e visava a assistência da criança recém-nascida e da gestante (70).

O primeiro hospital fundado no município foi a Casa de Saúde Santa Mônica em 1965. Os primeiros Postos de Saúde públicos foram instalados a partir de 1981, pela Prefeitura de Unai (70,71).

No ano de 2000, 86,9% dos domicílios urbanos de Unai possuíam água encanada, 96,2% recebiam serviços de coleta de lixo e 93,2% tinham energia elétrica (72).

Os cuidados primários de saúde eram oferecidos nos Postos de Saúde até sua expansão em 1998 com a implantação do PACS. Em 2001 foi implantada a primeira equipe do PSF no município, propondo inicialmente a mudança do modelo de atenção à saúde da população.

No município existem 19 estabelecimentos de saúde do SUS (68). Em oito estabelecimentos foram implantados o PSF, com nove ESF em funcionamento. Na UBS Caic trabalham duas ESF, identificadas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS como Caic 3 e Caic 4. Das oito UBS com ESF, três delas são residências alugadas e adaptadas para o funcionamento da estratégia Saúde da Família. As outras cinco UBS são prédios próprios do município. Excetuando-se o Caic, todas as outras UBS foram construídas antes de 1990, e por isso, possuem poucos ambientes.

O PSF está implantado na área urbana e apresenta cobertura de aproximadamente 43% da população. Na área rural existem duas equipes de PACS em funcionamento, quatro postos de saúde e uma Unidade Móvel que se desloca semanalmente às diferentes localidades oferecendo serviço médico e odontológico. O município conta ainda com nove consultórios odontológicos localizados em duas

unidades do PSF, em um posto de saúde convencional e em três escolas públicas da cidade.

As principais ações que compõem a atenção primária são o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, com ênfase em atividades educativas para higiene e limpeza das habitações.

As profissões que atuam no Sistema de Saúde Municipal estão descritas nas leis nº 2080 de 03 de janeiro de 2003 (73) e nº 2186 de 30 de janeiro de 2004 (74). Cita-se entre elas: médico clínico geral, cardiologista, pediatra, ginecologista e obstetra, cirurgião dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, bioquímico, veterinário, técnicos em enfermagem, higiene dental e radiologia, de gesso e laboratório, fiscal sanitário, auxiliares de enfermagem, consultório dentário, de serviços gerais e saúde, assistente administrativo, ACS, agente epidemiológico, atendente, motorista, bombeiro e eletricista (73,74).

Os principais óbitos em ordem decrescente de ocorrência em 2009 estiveram ligados ao aparelho circulatório; respiratório; doenças relacionadas ao sangue, órgãos hematológicos, transtornos imunitários; endócrinas, nutricionais e metabólicas; aparelho digestivo, geniturinário; neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais e lesões, envenenamentos e causas externas (68).

O município de Unaí faz parte de microrregião de saúde do noroeste de Minas Gerais. É considerado o município referência para outros doze municípios da microrregião. Possui uma GRS implantada e um hospital que atende usuários de outros municípios da região. O município antes da política do Pacto pela Saúde estava habilitado na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

O PDAPS foi implantado em Unaí nos anos de 2008 e 2009, com foco de atuação nas ESF do município. Em 2010 foi realizada a primeira avaliação dessa implantação pelas nove ESF existentes.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral desse estudo foi avaliar a implantação do PDAPS nas ESF do município de Unaí. Os objetivos específicos foram:

- Verificar e comparar a implantação do PDAPS entre as ESF no que tange à estrutura em Unaí – MG, envolvendo as dimensões ambientes, equipamentos, insumos, recursos tecnológicos, recursos humanos e ações educacionais;
- Verificar e comparar a implantação do PDAPS entre as ESF com relação aos seus processos de trabalho em Unaí – MG, com abrangência das dimensões redes de atenção, princípios da APS, diagnóstico local, programação local, acolhimento, apoio diagnóstico, abordagem familiar, prontuário saúde da família, contrato de gestão, monitoramento, relacionamento com a comunidade, sistemas de informação, saúde da mulher e da criança;
- Verificar e comparar o resultado da implantação do PDAPS entre as ESF de Unaí – MG, com indicadores voltados à vacinação para menores de um ano, cadastramento e classificação das famílias segundo o risco, organização da atenção para saúde da mulher, hipertensos, diabéticos, idosos e para a saúde bucal.

4 MÉTODO

4.1 MARCO-TEÓRICO METODOLÓGICO

Nessa pesquisa foi utilizado o método proposto por Donabedian para avaliação dos serviços e ações de saúde. Esse método contempla três componentes: a estrutura, os processos e os resultados (75). Por meio dessa abordagem é entendido que os resultados dependem dos processos de trabalho desenvolvidos, que por sua vez, são subsidiados pela estrutura existente. Estudos têm mostrado a adequação dessa abordagem para os Sistemas de APS (76).

4.2 TIPO DE ESTUDO E DEFINIÇÃO DO MUNICÍPIO

Para avaliar o processo de implantação do PDAPS nos municípios em Minas Gerais, foi realizado um estudo de caso único, de caráter exploratório de natureza quantitativa. O estudo de caso é caracterizado por uma modalidade de pesquisa que visa conhecer um fenômeno específico em profundidade. No caso dessa pesquisa pretendeu-se conhecer como estava organizada a APS nas ESF após a implantação do PDAPS. Unai foi definida como cenário do estudo porque o pesquisador reside no município e trabalha no seu Sistema de Saúde há doze anos.

4.3 POPULAÇÃO-ALVO E IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO DE PARTICIPANTES NA PESQUISA

O PDAPS propôs que sua implantação abrangesse toda a APS do município. Apesar de Unai possuir um modelo misto de APS, com serviços em UAPS convencionais e em UAPS com o Saúde da Família, a implantação do PDAPS ocorreu somente nas ESF. Por isso, optou-se por definir as nove ESF do município como a população-alvo do estudo. Os dados fornecidos pelas ESF foram utilizados para a avaliação da implantação do PDAPS em Unai.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário tipo Likert elaborado pela SESMG, com o intuito de fornecer um diagnóstico do estágio de desenvolvimento da APS e da implantação do PDAPS.

Esse questionário apresentou 449 itens de verificação e abrangeu a avaliação das macrodimensões estrutura, processos e resultados (77), em concordância com o marco teórico-metodológico adotado nesta pesquisa.

A avaliação da macrodimensão estrutura contemplou o diagnóstico referente à estrutura física, aos recursos humanos, tecnológicos e humanos das UAPS. Foram definidas nesse instrumento as seguintes dimensões para avaliação da estrutura: ambientes, equipamentos, insumos, recursos tecnológicos, recursos humanos e ações educacionais (77). Nessa macrodimensão foram avaliados 306 itens.

A avaliação da macrodimensão processos abrangeu um diagnóstico referente aos processos críticos nas UAPS. As dimensões avaliadas quanto aos processos foram: redes de atenção, princípios da APS, diagnóstico local, programação local, acolhimento, apoio diagnóstico, abordagem familiar, prontuário saúde da família, contrato de gestão, monitoramento, relacionamento com a comunidade, sistemas de informação, saúde da mulher e da criança (77). Foram avaliadas na macrodimensão processos um total de 129 itens.

Nas macrodimensões estrutura e processos foram definidos dimensões de avaliação. Em cada dimensão foram apresentados itens de verificação ou indicadores com relação à APS. Esses itens foram formulados como afirmações que descrevem o estado ideal de uma estrutura e a melhor prática de um processo.

Na macrodimensão resultados foram aferidos a mudança na prática de trabalho relacionada à vacinação em crianças menores de um ano, ao cadastramento e classificação das famílias segundo o risco, à organização da atenção para gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos e para a saúde bucal. Nessa macrodimensão não foram definidas suas dimensões, mas apenas 14 itens de verificação (77). O questionário utilizado nessa avaliação pode ser observado no Anexo A.

Para cada item de verificação foram apresentadas quatro opções de respostas com escores que variavam de 0 a 3. Cada valor com um significado que

permitia identificar o desempenho da equipe de saúde. Para cada item verificado a equipe de profissionais deveria escolher o escore que representava sua realidade.

O significado dos escores foi apresentado no instrumento elaborado pela SESMG (Anexo A). Na macrodimensão estrutura, nem sempre os escores das dimensões possuíam a mesma descrição, mas na maioria das vezes, o escore 1 significou a inexistência da implantação do item verificado; o escore 2, uma implantação incipiente; o escore 3, uma implantação avançada; e o escore 4, uma implantação ótima. Na macrodimensão processos, em todas as catorze dimensões avaliadas, o significado dos escores foi o mesmo citado anteriormente para a macrodimensão estrutura.

Na macrodimensão resultados, a descrição dos escores foi a mesma nos itens avaliados. O escore 0 significou um resultado cumprido entre 0 e 30%; o escore 1, um resultado entre 31 e 60%; o escore 2, um resultado entre 61 e 80%; e o escore 3, um resultado acima de 81%. Nessa macrodimensão foram também considerados a mesma descrição dos escores citados para as macrodimensões estrutura e processos na apresentação dos resultados e discussão da pesquisa, com o intuito de facilitar a interpretação dos dados.

O instrumento de avaliação foi aplicado para cada ESF, mesmo naquelas que trabalhavam no mesmo espaço físico, pois se referia a uma avaliação de ESF diferentes.

Na avaliação da estrutura, o questionário foi estruturado em sua maior parte por ambiente e visou uma análise integral das principais salas da UAPS. Para a interpretação do significado dos escores, a qualidade deveria ser entendida como aquela ligada às condições de ventilação, iluminação, temperatura e de conservação, e a quantidade com o número de salas e a metragem das mesmas, de acordo com os parâmetros para as UBS tipos 1, 2, 3 e de Apoio.

Os valores obtidos nos itens de verificação de cada macrodimensão foram somados para ser identificado o estágio de desenvolvimento do PDAPS na macrodimensão avaliada, de acordo com o sistema de pontuação elaborado pela SESMG.

Para a macrodimensão estrutura, o resultado final com escore entre 0 e 225 seria interpretado como estrutura inexistente; escore entre 226 e 450 como estrutura incipiente; escore entre 451 e 671 como estrutura avançada; e escore entre 672 e 903 como estrutura ótima.

Para a macrodimensão processos, o resultado final com escore entre 0 e 95 indicaria processos não implantados; escore entre 96 e 188 como processos implantados de forma incipiente; escore entre 189 e 281 como processos implantados de forma avançada; e escore entre 282 e 378 como processos implantados de forma ótima.

Para a macrodimensão resultados, a resposta com escore entre 0 e 30% como resultado muito abaixo do esperado; escore entre 31 e 60% como resultado pouco abaixo do esperado; escore entre 61 e 80% como resultado alcançado; e escore entre 81 e 100% como resultados alcançado e consolidado.

Complementando a utilização do instrumento da SESMG, foi realizada uma análise documental referente ao PDAPS, às resoluções do PSC, ao Plano Municipal de Saúde de Unai e dados relativos ao orçamento da saúde do município.

4.5 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A implantação do PDAPS ocorreu em Unai nos anos de 2008 e 2009. Em maio de 2010 foi realizada sua avaliação por meio do instrumento desenvolvido pela SESMG. Como os questionários foram autorrespondidos pelas ESF do município, essa pesquisa utilizou os dados já coletados, ou seja, dados secundários para a avaliação da implantação do PDAPS em Unai.

4.6 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Na pesquisa foram utilizados dados secundários relativos à forma de organização e funcionamento do serviço de APS, o que não gerou prejuízo ou ofensa ao ser humano. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília com o registro nº 158/10 (Anexo B).

4.7 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados apresentados em cada questionário foram digitados em planilhas do Excel, onde foi realizado o somatório do total de pontos de cada macrodimensão avaliada nas ESF. A partir desse somatório foi realizada a interpretação do resultado de acordo com o sistema de pontuação elaborado pela SESMG.

Uma das limitações do instrumento elaborado pela SESMG foi que ele não forneceu uma pontuação final envolvendo o conjunto de dados das três macrodimensões para a avaliação da implantação do PDAPS. Assim, utilizou-se a média e a mediana dos escores para a análise desses dados. O escore 0 significou uma implantação inexistente; o escore 1, uma implantação incipiente; o escore dois, uma implantação avançada; e o escore 3, uma implantação ótima.

Além disso, foi calculada a média e a mediana dos escores para cada ESF nas dimensões, macrodimensões e no consolidado das macrodimensões avaliadas. A escolha da média permitiu uma noção do centro de gravidade dos dados e com a mediana identificou-se o valor central para cada conjunto de dados avaliado. A média e a mediana das respostas foram calculadas também para cada item de verificação, permitindo assim, uma posterior discussão com enfoque quantitativo dos dados.

Como a média e a mediana foram diferentes, demonstrando que não havia uma distribuição normal dos dados, a mediana foi escolhida como parâmetro mais fiel para a análise. Por isso, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, que é mais adequado para dados não paramétricos.

O teste de Kruskal-Wallis foi aplicado para comparar a implantação do PDAPS pelas ESF, com significância de 5%. Com esse teste foi possível calcular o valor p para cada macrodimensão, dimensão ou conjunto de dados apresentados pelas ESF. Assim, permitiu identificar em qual conjunto de dados selecionados a implantação do PDAPS é semelhante ou diferente pelas ESF. Contudo, só foi aplicado se cinco ou mais itens de verificação fizessem parte do conjunto de dados selecionados, pois uma quantidade de dados menor limitaria seu poder em afirmar algo.

A análise estatística dos dados pelo teste de Kruskal-Wallis foi realizada no programa "*Statistical Package for the Social Science*" (SPSS) versão 17, indicando

assim, o valor p para as dimensões, macrodimensões e conjunto de dados avaliados.

5 RESULTADOS

Em cada ESF foram avaliados 449 itens. Isso fez com que a pesquisa apresentasse 4041 dados com possibilidade de análise. Devido a grande quantidade de dados, os resultados são apresentados de acordo com a avaliação das macrodimensões: estrutura, processo e resultados, e suas respectivas dimensões. A tabela 1 apresenta o consolidado dessa avaliação.

A macrodimensão estrutura apresentou a menor média (1,2287) e a mediana com escore igual a 1 aponta para estruturas inferiores aos parâmetros da SESMG. A macrodimensão processos apresentou a maior média (1,7898). A mediana encontrada (escore 2) indica processos em grau avançado de implantação. A macrodimensão resultados possuiu média intermediária entre as outras duas macrodimensões (1,5158). Sua mediana igual a 2 remete a uma implantação entre 61 e 80%. A média final foi de 1,3989 e a mediana final igual a 1. Isso evidencia que o PDAPS está implantado em Unaí de forma incipiente, utilizando o instrumento de avaliação elaborado pela SESMG.

Não houve diferença estatística entre as ESF nas macrodimensões estrutura e resultados ($p > 0,05$), entretanto, isso foi observado na macrodimensão processos e na consolidação dos dados ($p < 0,05$).

Tabela 1 – Média, mediana e valor p para as macrodimensões estrutura, processos e resultados na avaliação da implantação do PDAPS em Unaí – MG, 2011

Macrodimensões	Escore		Valor p
	Média	Mediana	
Estrutura	1,2287	1	0,489
Processos	1,7898	2	0,000
Resultados	1,5158	2	0,635
Total	1,3989	1	0,000

A SESMG não elaborou um sistema de pontuação que leva em conta o conjunto dos dados obtidos nas três macrodimensões para cada ESF. Por isso, a tabela 2 explana os resultados alcançados no consolidado das macrodimensões

avaliadas por ESF. As medidas utilizadas para a análise foram a média e a mediana dos escores.

Tabela 2 – Média e mediana por ESF na avaliação da implantação do PDAPS em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,4053	1
Caic 3	1,2917	1
Caic 4	1,3006	1
Mamoeiro	1,6302	2
Novo Jardim	1,2917	1
Primavera	1,5322	2
Jacilândia	1,4565	2
Bela Vista	1,2605	1
Divineia	1,4209	1
Total	1,3989	1

A ESF Mamoeiro foi aquela que apresentou a maior média (1,6302) e mediana (2). Assim, é a ESF que mais avançou na implantação do PDAPS em Unai. As ESF Primavera e Jacilândia tiveram mediana igual a 2, mas as médias ficaram abaixo da ESF Mamoeiro. A ESF com menor média foi a ESF Bela Vista (1,2605), entretanto, com mediana igual a 1, como a maioria das ESF avaliadas. As ESF Caic 3 e Caic 4, que trabalham no mesmo espaço físico, apresentaram médias próximas e medianas iguais. De uma forma geral, a maioria das ESF apresentam uma implantação do PDAPS incipiente (mediana igual a 1) e a minoria de forma avançada (mediana igual a 2).

5.1 MACRODIMENSÃO ESTRUTURA

Na macrodimensão estrutura foi realizada a avaliação das dimensões ambiente, equipamentos, insumos, ações educacionais, recursos tecnológicos e humanos.

Na tabela 3 observa-se que a dimensão ambiente e insumos foram aquelas que apresentaram, respectivamente, a menor e a maior média na avaliação da estrutura. As dimensões ambiente, equipamentos, recursos tecnológicos e ações educacionais apresentaram mediana com escore igual a 0, o que indica estruturas inexistentes de acordo com os parâmetros da SESMG para a implantação do

PDAPS. No entanto, a mediana final dessa macrodimensão foi o escore 1. A dimensão insumos e recursos humanos foram aquelas que apresentaram as maiores medianas, evidenciando estruturas ótimas e avançadas respectivamente.

A análise estatística com o teste de Kruskal-Wallis mostrou que não há diferença entre as ESF avaliadas quanto à estrutura nas dimensões ambiente, equipamentos, recursos tecnológicos, recursos humanos e ações educacionais ($p > 0,05$). A única dimensão com diferença estatística foi a de insumos ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Média, mediana e valor p para as dimensões na avaliação da estrutura pelas ESF em Unai – MG, 2011

Dimensões na Avaliação da Estrutura	Escore		Valor p
	Média	Mediana	
Ambiente	0,7222	0	0,996
Equipamentos	0,9221	0	0,804
Insumos	2,5299	3	0,041
Recursos Tecnológicos	1,3589	0	0,287
Recursos Humanos	1,4141	2	0,977
Ações Educacionais	0,7301	0	0,207
Total	1,2287	1	0,489

A tabela 4 apresenta a pontuação alcançada e a interpretação do resultado, de acordo com o sistema de pontuação elaborado pela SESMG. O valor da média nas ESF variou de 1,0980 a 1,3529. A mediana oscilou entre os escores 0 e 1, indicando a inexistência ou incipiência quanto ao alcance dos indicadores propostos na macrodimensão estrutura.

Tabela 4 – Avaliação do estágio de desenvolvimento da estrutura, média e mediana pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Pontuação alcançada	Avaliação	Escore	
			Média	Mediana
Novo Horizonte	385	Incipiente	1,2581	0
Caic 3	369	Incipiente	1,2058	1
Caic 4	373	Incipiente	1,2189	1
Mamoeiro	414	Incipiente	1,3529	1
Novo Jardim	336	Incipiente	1,0980	0,5
Primavera	368	Incipiente	1,2026	0
Jacilândia	378	Incipiente	1,2352	0,5
Bela Vista	358	Incipiente	1,1699	0
Divineia	403	Incipiente	1,3169	1
Total			1,2287	1

A ESF Mamoeiro foi aquela que apresentou a melhor pontuação e média, entretanto, sua mediana igual a 1 aponta para uma estrutura inferior aos parâmetros

da SESMG. A ESF Novo Jardim obteve a menor pontuação e média, mas sua mediana igual a 0,5 indica uma estrutura inexistente a incipiente. As ESF Novo Horizonte, Primavera e Bela Vista apresentaram pontuação com interpretação incipiente e as média com valores acima de 1 também apontam para isso. Todavia, a maior concentração de dados nessas três ESF referiu-se ao escore 0 (mediana), o que indica inexistência da maioria dos itens avaliados na estrutura.

5.1.1 Ambiente

Na avaliação da dimensão ambiente, a tabela 5 aponta que a média nas ESF variou entre 0,5769 e 0,8461 e a mediana entre 0 e 0,5. A maioria das ESF apresentou a mediana com escore igual a 0, demonstrando que mais da metade dos ambientes nessas ESF é inexistente.

A mediana igual a 0 foi encontrada em ESF que trabalham em unidades próprias do município e alugadas. Todas ESF que funcionam em estruturas alugadas (Novo Jardim, Primavera e Jacilândia) tiveram a mediana igual a 0. A ESF Novo Jardim apresentou a menor média. As ESF com maiores medianas (Caic 3, Caic 4 e Mamoeiro) funcionam em unidades próprias do município. Mesmo com essa variação entre as ESF, a mediana final foi o escore 0, o que remete ao entendimento de que, no conjunto de ambientes avaliados, mais da metade deles é inexistente. Conforme apresentado na tabela 3 não houve diferença estatística entre as ESF quanto ao ambiente ($p=0,996$).

Tabela 5 – Média e mediana na avaliação da dimensão ambiente pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Ambiente	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,7692	0
Caic 3	0,8461	0,5
Caic 4	0,8461	0,5
Mamoeiro	0,6923	0,5
Novo Jardim	0,5769	0
Primavera	0,6923	0
Jacilândia	0,7307	0
Bela Vista	0,6538	0
Divineia	0,6923	0
Total	0,7222	0

Nas tabelas 46 a 70, no apêndice, é possível observar um detalhamento da avaliação dos ambientes de cada ESF avaliada. As médias e medianas em cada ambiente foram próximas. A sala de esterilização e o consultório ginecológico apresentaram a mediana igual a 3, o que caracteriza ambientes adequados aos parâmetros da SESMG. A sala de vacinação apresentou mediana igual a 2, indicando um ambiente avançado. A sala de espera, recepção e registro de pacientes, sanitários para pacientes e público, guarda de medicamentos, sala de curativos, sala de atendimento multiprofissional e copa tiveram mediana igual a 1, e indica que estão inferiores aos parâmetros da SESMG. A maioria das ESF respondeu que os ambientes: sala de ACS, consultório odontológico, sala de cuidados básicos/urgência e emergência, sala para lavagem e desinfecção de materiais, Depósito de Material de Limpeza (DML), banheiro e vestiário para funcionários, almoxarifado e abrigo para resíduos sólidos são inexistentes (média e medianas diferentes, mas com valor da mediana igual a 0). Os ambientes inexistentes para o trabalho de todas as ESF avaliadas foram a sala de reunião e educação, sala de coleta de materiais, escovário, rouparia, lavanderia, sala de observação, sala de apoio para Agente de Controle de Endemias (ACE) e sala de gerente (médias e medianas iguais a zero).

5.1.2 Equipamentos

A tabela 6 mostra que no consolidado da dimensão equipamentos foram encontradas médias finais entre 0,8478 a 1,0543 nas ESF avaliadas. A mediana em todas ESF foi o escore 0. Esse dado traz a interpretação de que a maioria dos equipamentos avaliados são inexistentes nas ESF. Na tabela 3, o resultado do valor p mostra que não houve diferença estatística entre as ESF nessa dimensão ($p=0,804$).

Tabela 6 – Média e mediana na avaliação da dimensão equipamentos pelas ESF em Unai – MG, 2011

Unidades Básicas de Saúde	Escores da Dimensão Equipamentos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,9076	0
Caic 3	0,8967	0
Caic 4	0,8967	0
Mamoeiro	1,0543	0
Novo Jardim	0,8478	0
Primavera	0,8858	0
Jacilândia	0,9456	0
Bela Vista	0,8804	0
Divineia	0,9836	0
Total	0,9221	0

A tabela 7 apresentou uma análise dos equipamentos em cada ambiente avaliado. A sala de vacinação, o consultório ginecológico, a sala de atendimento multiprofissional e a sala de espera apresentaram as maiores médias e medianas para os equipamentos, indicando número e/ou qualidade próximas aos parâmetros da SESMG (mediana igual a 2). Na recepção/registro de pacientes, sala de curativos, copa e almoxarifado foi observada uma mediana igual a 1 para seus equipamentos, o que indica número e/ou qualidade inferior ao esperado. A sala para guarda de medicamentos apresentou mediana igual a 1,5, apontando para equipamentos entre inexistentes ou abaixo do parâmetro. Nos demais ambientes os equipamentos apresentaram mediana igual a 0, evidenciando sua inexistência.

Existe diferença estatística entre as ESF quanto aos equipamentos da sala de curativos ($p=0,016$), coleta de materiais ($p=0,015$), consultório ginecológico ($p=0,003$), atendimento multiprofissional ($p=0,004$), consultório odontológico ($p=0,000$) e cuidados básicos ($p=0,002$). Para a sala de ACS, sanitários para pacientes, para guarda de medicamentos, de lavagem e desinfecção de material, DML, rouparia, copa, banheiro/vestiário para funcionários, almoxarifado, abrigo para resíduos sólidos, sala de apoio para ACE e sala de gerente havia quatro ou menos equipamentos para avaliação ($n \leq 4$), e por isso, não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Não foi apresentado o resultado com relação ao ambiente lavanderia, pois ele não apresentou item de verificação para os equipamentos, de acordo com o instrumento elaborado pela SESMG (tabela 67 no apêndice).

Tabela 7 – Média, mediana e valor *p* para as salas com equipamentos em Unaí – MG, 2011

Ambientes com Equipamentos	Escores da Dimensão Equipamentos		Valor <i>p</i>
	Média	Mediana	
Sala de espera	1,417	2	0,471
Recepção/Registro de Pacientes	1,289	1	0,959
Sala de Agentes	0,556	0	Não calculado
Sala de Reunião e Educação	0,313	0	0,654
Sanitários para Paciente/Público	0,444	0	Não calculado
Sala para Guarda de medicamentos	0,944	0,5	Não calculado
Sala de Curativos	1,048	1	0,016
Sala de Coleta de Materiais	0,097	0	0,015
Sala de Vacinação	1,562	2	0,605
Consultório Ginecológico	1,547	2	0,003
Sala de Atendimento Multiprofissional	1,486	2	0,004
Consultório Odontológico	0,869	0	0,000
Escovário	0	0	1
Sala de Cuidados Básicos/Urgência e Emergência	0,457	0	0,002
Sala de Lavagem e Desinfecção de Materiais	0	0	Não calculado
DML	0,222	0	Não calculado
Rouparia	0,333	0	Não calculado
Copa	1,25	1	Não calculado
Banheiro/Vestiário para funcionários	0,694	0	Não calculado
Almoxarifado	0,667	1	Não calculado
Abrigo de Resíduos Sólidos	0,667	0	Não calculado
Sala Observação	0	0	1
Sala de Apoio para ACE	0	0	Não calculado
Sala de Gerente	0	0	Não calculado
Total	0,9221	0	0,804

5.1.2.1 Sala de Espera

A tabela 8 mostra a média e a mediana na sala de espera para todas ESF. A média variou de 0,75 a 2,25. A mediana final foi o escore 2, demonstrando que seus equipamentos estão próximos aos parâmetros.

Tabela 8 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de espera pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala de Espera	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	1,25	1,5
Caic 4	1,25	1,5
Mamoeiro	0,75	0,5
Novo Jardim	0,75	0,5
Primavera	2	2,5
Jacilândia	1,75	2
Bela Vista	2,25	2,5
Divineia	1,75	2
Total	1,417	2

Não houve diferença estatística entre as ESF quanto aos equipamentos desse ambiente ($p=0,471$). Na tabela 46, no apêndice, pode ser visualizado que a televisão e o quadro foram os equipamentos citados como os mais inexistentes nesse ambiente (mediana igual a zero). Os assentos e bebedouros mostraram-se presentes em todas ESF mesmo que em algumas delas não estejam na situação ideal.

5.1.2.2 Recepção e Registro de Pacientes

A tabela 9 apresenta dados dos equipamentos da sala de recepção e registro de pacientes. A média das ESF esteve entre 0,8 a 1,6. A mediana variou entre 0 e 2 nas ESF, porém, assumiu no consolidado dos dados o valor igual a 1, indicando que seus equipamentos estão abaixo dos parâmetros da SESMG.

Tabela 9 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de recepção e registro de pacientes pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Recepção e registro de pacientes	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,6	2
Caic 3	0,8	0
Caic 4	0,8	0
Mamoeiro	1,4	2
Novo Jardim	1	1
Primavera	1,6	2
Jacilândia	1,6	2
Bela Vista	1,4	1
Divineia	1,4	1
Total	1,289	1

Na tabela 47, no apêndice, é observado que as cadeiras foram os equipamentos que atingiram o esperado pela SESMG (mediana igual a 3). As mesas estão próximas aos parâmetros (mediana igual a 2). Os arquivos de aço são inexistentes na unidade do Caic. Os arquivos de aço para pasta suspensa apresentaram mediana igual a 1, indicando que estão inferior ao esperado. Os armários de aço com 2 portas são inexistentes na maioria das ESF e a mesa para computador e impressora são inexistentes em todas as ESF. Nesse ambiente não houve diferença estatística entre as ESF para os equipamentos avaliados ($p=0,959$).

5.1.2.3 Sala de Agentes

A tabela 10 mostra que na sala de agentes a média variou entre 0 e 1,667. Grande parte das ESF apresentou mediana igual a 0, significando equipamentos inexistentes. Esse foi também o escore para a mediana final.

Tabela 10 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de agentes pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Sala de Agentes	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,333	0
Caic 3	0	0
Caic 4	0	0
Mamoeiro	1,667	2
Novo Jardim	0,333	0
Primavera	0,333	0
Jacilândia	0,667	1
Bela Vista	0,667	0
Divineia	1	0
Total	0,556	0

Devido ao pequeno número de equipamentos avaliados ($n=3$) não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. A tabela 48, no apêndice, mostra que o armário e o quadro de avisos não estão presentes na maioria das ESF (mediana igual a 0). Na maioria das ESF avaliadas, a mesa de reunião está presente, mas em condição inferior ao parâmetro.

5.1.2.4 Sala de Reunião e Educação

A sala de reunião e educação obteve média entre 0,182 e 0,727, conforme a tabela 11. A mediana foi igual a 0 em todas as ESF.

Tabela 11 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de reunião e educação pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala de Reunião e Educação	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,455	0
Caic 3	0,182	0
Caic 4	0,182	0
Mamoeiro	0,364	0
Novo Jardim	0,182	0
Primavera	0,182	0
Jacilândia	0,727	0
Bela Vista	0,273	0
Divineia	0,273	0
Total	0,313	0

Não houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,654$). Na tabela 49, no apêndice, é evidenciado que o suporte para TV foi o único equipamento presente em todas as ESF. Quadro branco, ventilador e cadeiras foram alguns dos equipamentos presentes em algumas ESF. Em nenhuma ESF foi encontrada mesa pequena para projetor e som, tela de projeção, estante, mesa e cadeira para computador, ar condicionado e armário grande de aço.

5.1.2.5 Sanitários para Paciente e Público

Na tabela 12 observa-se que os equipamentos nos sanitários para paciente e público apresentaram a média e a mediana entre os escores 0 e 2. A mediana final foi o escore 2, o que indica inexistência dos equipamentos nesses ambientes. A ausência desses equipamentos foi verificada na maioria das ESF (médias e medianas iguais a 0).

Tabela 12 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos dos sanitários para paciente e público pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sanitários para paciente e público	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0	0
Caic 3	1	1
Caic 4	1	1
Mamoeiro	0	0
Novo Jardim	0	0
Primavera	0	0
Jacilândia	2	2
Bela Vista	0	0
Divineia	0	0
Total	0,444	0

A tabela 50, no apêndice, mostra que o dispensador de sabonete líquido é o equipamento mais ausente nesse ambiente, seguido do dispensador de papel toalha. Não foi possível aplicar o teste de Kruskal-Wallis devido ao baixo número de equipamentos avaliados (n=2).

5.1.2.6 Sala para Guarda de Medicamentos

A tabela 13 mostra que na sala para guarda de medicamentos, a média e a mediana ficou entre 0,5 e 1,5. A mediana final igual a 0,5 aponta para equipamentos inexistentes até existentes, mas com quantidade e/ou qualidade inferior ao parâmetro. Não foi possível calcular se houve diferença estatística entre as ESF devido ao pequeno número de equipamentos avaliados (n=2).

Tabela 13 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala para guarda de medicamentos pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala para guarda de medicamentos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	1	1
Caic 4	1	1
Mamoeiro	0,5	0,5
Novo Jardim	0,5	0,5
Primavera	1,5	1,5
Jacilândia	1	1
Bela Vista	1	1
Divineia	1	1
Total	0,944	0,5

Na tabela 51, no apêndice, é evidenciado que as prateleiras foram os equipamentos presentes em todas as ESF. Em contraposição, o armário com chave esteve ausente em todas elas.

5.1.2.7 Sala de Curativos

A tabela 14 evidencia que a média variou de 0,565 a 1,696 nas ESF. A mediana variou de 0 a 2, mas no consolidado apresentou o escore igual a 1, que significa equipamentos em quantidade e/ou qualidade inferior aos parâmetros.

Tabela 14 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de curativos pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Sala de Curativos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,261	1
Caic 3	0,565	0
Caic 4	0,565	0
Mamoeiro	0,87	1
Novo Jardim	0,957	1
Primavera	1,696	2
Jacilândia	1,435	1
Bela Vista	1,043	1
Divineia	1,043	1
Total	1,048	1

Houve diferença estatística entre as ESF quanto aos equipamentos nesse ambiente ($p=0,016$). Na tabela 52, no apêndice, é notado que todas ESF possuíam cubas rim, tesouras ponta fina 10 cm, pinças de dissecação dente de rato 14 cm e baldes cilíndricos com tampa e pedal. A maioria das ESF não possuía cuba redonda, bacias inox 30 cm, tesouras curvas 14 cm, tambores médios, carrinho de curativos, mesa auxiliar com bandeja inox, foco com haste flexível, suporte para membros e mesa tipo escritório.

5.1.2.8 Sala de Coleta de Materiais

Quanto à sala de coleta de materiais a maioria das ESF não possuía nenhum dos equipamentos desse ambiente. Conforme observado na tabela 15, a média das

ESF variou de 0 a 0,5. A mediana em todas ESF foi zero, demonstrando que a maioria dos equipamentos dessa sala não está presente nas unidades de trabalho das ESF.

Tabela 15 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de coleta de materiais pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala de Coleta de Materiais	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,375	0
Caic 3	0	0
Caic 4	0	0
Mamoeiro	0	0
Novo Jardim	0,5	0
Primavera	0	0
Jacilândia	0	0
Bela Vista	0	0
Divineia	0	0
Total	0,097	0

Houve diferença estatística entre as ESF com o teste de Kruskal-Wallis ($p=0,015$). Na tabela 53, no apêndice, podem ser observados os poucos equipamentos citados para possível utilização nesse ambiente.

5.1.2.9 Sala de Vacinação

Na tabela 16 pode-se observar a variação da média de 1,235 a 2 na sala de vacinação. A mediana final desse ambiente foi o escore 2, indicando que estão próximo aos parâmetros da SESMG.

Tabela 16 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de vacinação pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala de Vacinação	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,588	2
Caic 3	1,235	1
Caic 4	1,235	1
Mamoeiro	2	3
Novo Jardim	1,294	2
Primavera	1,588	2
Jacilândia	1,824	3
Bela Vista	1,588	2
Divineia	1,706	1
Total	1,562	2

Não houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,605$). Na tabela 54, no apêndice, observa-se que alguns equipamentos foram identificados como inexistentes na maioria das ESF, como mesa tipo escritório, armário de mesa, fichário rotativo, armário vitrine e arquivo tipo gaveta. Nenhuma ESF apresentou nessa sala a cadeira giratória com braços. Os equipamentos que todas ESF apresentaram foi refrigerador de 280 litros ou câmara para vacina de 340 litros, termômetro para registro de temperatura máxima e mínima, caixa térmica 12 litros, termômetro com cabo extensor, bandejas plásticas perfuradas ou porta talher de plástico, dispensador de sabonete líquido e papel toalha.

5.1.2.10 Consultório Ginecológico

Na tabela 17 é apresentado que a média dos equipamentos ficou entre 0,593 e 2,111 no consultório ginecológico. A mediana variou de 0 a 3, mas o escore final foi 2, indicado que estão próximos aos parâmetros da SESMG.

Tabela 17 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do consultório ginecológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Consultório Ginecológico	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,778	3
Caic 3	1,741	2
Caic 4	1,741	2
Mamoeiro	1,407	1
Novo Jardim	1,593	2
Primavera	1,185	0
Jacilândia	0,593	0
Bela Vista	1,778	3
Divineia	2,111	3
Total	1,547	2

Houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,003$). Na tabela 55, no apêndice, pode ser observado que os equipamentos presentes em todas ESF foram os espéculos Collin nº 01 e 02 e o foco com haste flexível. Estiveram ausentes em todas ESF a pinça (jacaré) para retirada de DI e histerômetros. A maioria das ESF não apresentou nesse ambiente os equipamentos: pinças Pozzi ou Museaux 25 cm, biombo duplo, armário vitrine, esfignomanômetro com estetoscópio adulto, tesouras e balança para adulto. Uma das ESF não possuía mesa ginecológica. Algumas ESF

não possuíam os equipamentos: espéculos Collin nº 03, pinças Cheron 25 cm, fita métrica comum, mesa tipo escritório com gavetas, cadeiras, mocho, mesa ginecológica, escada com dois degraus, baldes cilíndricos com pedal, mesa auxiliar com bandeja inox, estetoscópio de Pinard, detector ultrassônico (fetal), lanterna clínica, otoscópio, dispensador de sabonete líquido e papel toalha.

5.1.2.11 Sala de Atendimento Multiprofissional

Na tabela 18 é evidenciado que as médias variaram de 0,75 a 2,375 nas ESF na sala de atendimento multiprofissional. A mediana variou de 0 a 3, sendo o escore 2 a mediana final, o que indica equipamentos próximos aos parâmetros da SESMG.

Tabela 18 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala multiprofissional pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Sala Multiprofissional	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	0
Caic 3	0,75	0
Caic 4	0,75	0
Mamoeiro	1,625	1,5
Novo Jardim	1,688	2
Primavera	1,75	2,5
Jacilândia	2,375	3
Bela Vista	1,563	2
Divineia	1,875	3
Total	1,486	2

Houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,004$). Na tabela 56, no apêndice, são notados os equipamentos que todas ESF possuem nessa sala: cadeiras, mesa clínica e fita métrica. A maioria das ESF não possuía negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, lanterna clínica e balança adulto. Uma até quatro ESF foram citadas como não possuidoras dos equipamentos: mesa tipo escritório, escada com dois degraus, esfignomanômetro com estetoscópio adulto, esfignomanômetro com estetoscópio infantil, kit de espéculos auriculares para reposição, toesa (régua antropométrica) e balança pediátrica.

5.1.2.12 Consultório Odontológico

Na tabela 19 é percebido que a média e a mediana do consultório odontológico foi o escore 0 na maioria das ESF, indicando que a maioria das ESF não possuiu nenhum equipamento odontológico.

Tabela 19 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do consultório odontológico pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Consultório Odontológico	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0	0
Caic 3	2,647	3
Caic 4	2,647	3
Mamoeiro	2,529	3
Novo Jardim	0	0
Primavera	0	0
Jacilândia	0	0
Bela Vista	0	0
Divineia	0	0
Total	0,869	0

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,000$). Na tabela 57, no apêndice, observa-se que a mediana é zero para todos os equipamentos relacionados à saúde bucal. Isso indica que a saúde bucal não está implantada ainda nas ESF existentes.

5.1.2.13 Sala de Cuidados Básicos / Urgência e Emergência

Na tabela 20 é observado que na sala de cuidados básicos / urgência e emergência as médias encontradas para os equipamentos variaram de 0,111 a 1,222. Com exceção de uma ESF, a mediana foi o escore zero em todas as demais.

Tabela 20 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da sala de cuidados básicos / urgência e emergência pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Sala de Cuidados Básicos / Urgência e Emergência	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,833	0
Caic 3	0,111	0
Caic 4	0,111	0
Mamoeiro	0,056	0
Novo Jardim	1,222	0,5
Primavera	0,333	0
Jacilândia	0,778	0
Bela Vista	0,278	0
Divineia	0,389	0
Total	0,457	0

Houve diferença estatística entre as ESF quanto aos equipamentos nesse ambiente ($p=0,002$). Na tabela 59, no apêndice, evidencia que nenhum equipamento desse ambiente esteve presente em todas ESF. Os equipamentos mais citados como existentes foram o glicosímetro seguido do nebulizador com três saídas. A maioria das ESF não possuía os demais equipamentos desse ambiente.

5.1.2.14 Copa

Na tabela 21 é evidenciado que nos equipamentos da copa, a média das ESF variou de 0,5 a 1,75 e a mediana de 0,5 a 2. A mediana final foi o escore 1, indicando quantidade e qualidade inferior aos parâmetros estabelecidos pela SESMG.

Tabela 21 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos da copa pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Equipamentos – Copa	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,5	1,5
Caic 3	1,75	2
Caic 4	1,75	2
Mamoeiro	1,25	1
Novo Jardim	1	0,5
Primavera	1	0,5
Jacilândia	1,5	1,5
Bela Vista	0,5	0,5
Divineia	1	0,5
Total	1,25	1

Devido à baixa quantidade de equipamentos avaliados (n=4) não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Na tabela 63, no apêndice, pode-se observar que todas ESF possuem fogão com quatro bocas e botijão de gás, porém a maioria não possui geladeira para uso doméstico. A presença de bancada dobrável com banquetas não foi evidenciada em nenhuma ESF.

5.1.2.15 Banheiro e Vestiário para Funcionários

A tabela 22 apresenta que a média e a mediana quanto ao banheiro e vestiário para funcionários das ESF variou entre 0 e 1,5. A mediana final com escore zero aponta para a inexistência desses equipamentos nesse ambiente.

Tabela 22 – Média e mediana na avaliação dos equipamentos do banheiro e vestiário para funcionários pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Equipamentos – Banheiro e Vestiário para funcionários	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0	0
Caic 3	0	0
Caic 4	0	0
Mamoeiro	1,25	1
Novo Jardim	0	0
Primavera	1,25	1
Jacilândia	0,75	0
Bela Vista	1,5	1,5
Divineia	1,5	1,5
Total	0,694	0

Não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (n=4). Na tabela 64, no apêndice, é observado que a maioria das ESF não possuía chuveiro, dispensador de sabonete líquido e papel toalha e, em nenhuma delas, foi citada a presença de escaninhos.

5.1.2.16 Sala de Lavagem e Desinfecção de Materiais/Esterilização, DML, Rouparia, Almojarifado e Abrigo de Resíduos Sólidos

Os ambientes para lavagem e desinfecção de materiais/esterilização, DML, rouparia, almojarifado e abrigo de resíduos sólidos possuem somente um equipamento avaliado, não necessitando assim, do cálculo da média e mediana para

cada unidade. A tabela 7 apresenta a média e mediana dos escores obtidos para cada uma dessas salas. Somente o almoxarifado apresentou mediana final igual a 1, indicando equipamentos em quantidade e/ou qualidade inferior aos parâmetros. Na mediana final da sala para lavagem e desinfecção de materiais/esterilização, DML, rouparia e abrigo de resíduos sólidos foi encontrado o escore 0, o que significa inexistência de equipamentos. Como cada um desses ambientes só possuiu um equipamento avaliado ($n=1$), não foi possível aplicar o teste de Kruskal-Wallis para análise estatística. Nas tabelas 60, 61, 62, 65 e 66 do apêndice são apresentados os escores atribuídos por cada ESF para os equipamentos desses ambientes.

5.1.2.17 Escovário, Salas de Observação, Apoio para ACE e de Gerente

Na tabela 7 é notado que o escovário, as salas de lavagem e desinfecção de materiais, observação, apoio para ACE e de gerente obtiveram na média e mediana o escore 0, o que significa inexistência de todos os equipamentos nesses ambientes. Assim, mesmo sem aplicar o teste de Kruskal-Wallis conclui-se que não há diferença estatística entre as ESF. Nas tabelas 58, 68, 69 e 70 do apêndice podem ser observados os itens verificados em cada ESF para os equipamentos desses ambientes.

5.1.3 Insumos

Na tabela 23 observa-se que a dimensão insumos foi aquela que apresentou escores próximos ao valor ideal preconizado pela SESMG. A média final das ESF variou entre 2,3846 e 2,7884. Em todas ESF a mediana alcançou o valor máximo, ou seja, o escore 3.

A descrição para a interpretação dos escores nessa dimensão difere-se em alguns itens conforme o anexo A (itens 1.3.1 até 1.3.6). Mesmo assim, pode-se afirmar que os escores 2 e 3 aproximam-se, respectivamente, de uma pontuação adequada. Conforme o dado na tabela 3 e relatado anteriormente, existe diferença entre as ESF ($p = 0,041$).

Tabela 23 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos pelas enfermeiras das ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Insumos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2,75	3
Caic 3	2,4615	3
Caic 4	2,4615	3
Mamoeiro	2,5576	3
Novo Jardim	2,4807	3
Primavera	2,4807	3
Jacilândia	2,4038	3
Bela Vista	2,3846	3
Divineia	2,7884	3
Total	2,5299	3

Nessa dimensão foi possível aplicar o teste de Kruskal-Wallis para comparação dos insumos nas salas de vacinação e consultório ginecológico ($n \geq 5$). A tabela 24 apresenta a média e a mediana dos escores obtidos e o valor p para os insumos dessas salas. De acordo com o teste estatístico aplicado não houve diferença significativa entre as ESF quanto aos insumos das salas avaliadas ($p > 0,05$). Entretanto, considerando uma análise dos insumos das duas salas foi observada diferença estatística entre as ESF ($p = 0,013$)

Tabela 24 – Média, mediana e valor p na avaliação da dimensão insumos na sala de vacinação e consultório ginecológico pelas ESF em Unai – MG, 2011

Ambientes	Escores da Dimensão Insumos		Valor p
	Média	Mediana	
Sala de Vacinação	2,623	3	0,148
Consultório Ginecológico	2,533	3	0,174
Total	2,58	3	0,013

As tabelas 25 e 26 apresentam, respectivamente, as médias e medianas alcançadas por cada ESF nas salas de vacinação e consultório ginecológico. Nesses ambientes permanece a mesma lógica quanto aos valores alcançados para a média e a mediana descritos anteriormente para a dimensão insumos. A mediana igual a 3 foi encontrada nos insumos desses dois ambientes em todas as ESF.

Tabela 25 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos na sala de vacinação pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Insumos – Sala de Vacinação	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2,87	3
Caic 3	2,478	3
Caic 4	2,478	3
Mamoeiro	2,739	3
Novo Jardim	2,609	3
Primavera	2,609	3
Jacilândia	2,609	3
Bela Vista	2,435	3
Divineia	2,783	3
Total	2,623	3

Tabela 26 – Média e mediana na avaliação da dimensão insumos no consultório ginecológico pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Insumos – Consultório Ginecológico	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2,64	3
Caic 3	2,48	3
Caic 4	2,48	3
Mamoeiro	2,48	3
Novo Jardim	2,52	3
Primavera	2,56	3
Jacilândia	2,28	3
Bela Vista	2,36	3
Divineia	3	3
Total	2,533	3

Na tabela 71, no apêndice, são apresentados os escores obtidos para outros insumos. Identificou-se uma distribuição variada com os escores 1 a 3 quanto aos medicamentos básicos, material impresso e para escritório (itens 1.3.4 a 1.3.6). Os insumos básicos para o desenvolvimento das outras ações de saúde (item 1.3.3) foram pontuados com o escore 1 ou 2. Na tabela 54, no apêndice, observa-se outro item que não teve pontuação 3 e foi avaliado com o escore 0 em todas as ESF: o Boletim Diário de doses aplicadas de vacinas (item 1.3.1).

5.1.4 Recursos Tecnológicos

Na tabela 27 é apresentado que a média variou entre 0,5769 a 1,6153 nas ESF. A mediana variou de 0 a 3, mas a mediana final foi o escore 0, que aponta

para a inexistência dos recursos tecnológicos esperados pelo PDAPS. Mesmo com essas variações, após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis verificou-se que não houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,287$).

Tabela 27 – Média e mediana na avaliação da dimensão recursos tecnológicos pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Recursos Tecnológicos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,4230	1
Caic 3	1,3076	1
Caic 4	1,3076	1
Mamoeiro	1,4615	1
Novo Jardim	0,5769	0
Primavera	1,4615	1
Jacilândia	1,5769	2,5
Bela Vista	1,5	2
Divineia	1,6153	3
Total	1,3589	0

A dimensão recursos tecnológicos foi mensurada em três ambientes (recepção e registro de pacientes, sala de reunião e educação e sala de atendimento multiprofissional – itens 1.4.1 a 1.4.3) e de uma forma geral nas ESF (itens 1.4.4 a 1.4.23) com significados diferentes para os escores. Por isso, para fazer a interpretação dos dados dessa dimensão requer-se um retorno à leitura dos itens avaliados no Anexo A.

Nos três ambientes com recursos tecnológicos, o escore obtido nos dois elementos analisados (computador e impressora) foi zero em todas as ESF (tabelas 47, 49 e 56 no apêndice). Logo, a média e a mediana dos recursos tecnológicos foi zero nesses ambientes avaliados. Como não houve variação dos escores pode-se afirmar que não há diferença estatística entre esses ambientes quanto aos recursos tecnológicos.

Com relação aos outros itens avaliados, apresentados na tabela 72 do apêndice, foi detectado que nenhuma ESF possui máquina fotográfica digital com filmadora, DVD, aparelho de som, projetor multimídia, prontuário eletrônico e Linha-guia de atenção em saúde bucal (escore zero em todas ESF). Os demais dados relacionados aos outros recursos tecnológicos variaram de 0 a 3, não sendo citado o escore 1, com significado de recurso tecnológico em más condições. Outro resultado interessante é que uma ESF possui apenas uma Linha-guia de atenção à saúde.

5.1.5 Recursos Humanos

Na tabela 28 são apresentados os resultados com relação à dimensão recursos humanos nas ESF. A média variou de 1,2727 a 1,8181 e a mediana de 0 a 2. A mediana final com escore igual a 2 indica que os profissionais são existentes mas apresentam problemas de carga horária. Não houve diferença estatística significativa quanto aos recursos humanos pelas ESF ($p=0,977$).

Tabela 28 – Média e mediana na avaliação da dimensão recursos humanos pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Recursos Humanos	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,5454	2
Caic 3	1,4545	2
Caic 4	1,4545	2
Mamoeiro	1,8181	2
Novo Jardim	1	1
Primavera	1,3636	1
Jacilândia	1,4545	2
Bela Vista	1,2727	0
Divineia	1,3636	2
Total	1,4141	2

Na tabela 73, no apêndice, é observado que não há técnico em saúde bucal, auxiliar administrativo e gerente nas ESF do município (médias e medianas iguais a 0). Auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS apresentaram quantidade insuficiente em algumas ESF (escore 1). Problemas com a carga horária foram citados para o coordenador de APS, profissionais do NASF ou outros de apoio, médicos, odontólogos e até enfermeiro (escore 2). Com relação ao coordenador de APS os dados mostram que houve desconhecimento de uma ESF quanto ao recurso humano que ocupa essa função.

5.1.6 Ações Educacionais

A tabela 29 apresenta os resultados com relação à dimensão ações educacionais. As médias de cada ESF estiveram entre 0,1428 a 1,5714. A mediana que mais se repetiu nas ESF foi o escore zero, sendo também a mediana final, o que denota predomínio de inexistência dessas ações na maioria das ESF. Não

houve diferença estatística significativa entre as ESF com o teste de Kruskal-Wallis ($p=0,207$).

Tabela 29 – Média e mediana na avaliação da dimensão ações educacionais pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Unidades Básicas de Saúde	Escore do Grupo Ações Educacionais	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,1428	0
Caic 3	0,5714	1
Caic 4	1,1428	1
Mamoeiro	1,5714	2
Novo Jardim	1,4285	1
Primavera	0,7142	0
Jacilândia	0,4285	0
Bela Vista	0,2857	0
Divineia	0,2857	0
Total	0,7301	0

Os resultados apresentados na tabela 74, no apêndice, apontam que em apenas uma ESF, a maioria dos ACS, concluiu o 1º módulo do curso de formação inicial. A participação em curso de especialização em saúde da família aconteceu apenas para três enfermeiras, dois médicos e um odontólogo. A maioria dos médicos não participa do Programa de Educação Permanente (PEP) e não existe também participação dos profissionais das ESF no curso de gestão da clínica. A maioria dos profissionais assiste às aulas do Canal Minas Saúde (mediana igual a 2).

5.2 MACRODIMENSÃO PROCESSOS

A tabela 30 apresenta os resultados da macrodimensão processos. A média variou de 0,3333 (dimensão apoio diagnóstico) a 2,4111 (dimensão saúde da criança). A média final foi 1,7898. A mediana variou de 0 a 3. A mediana final foi o escore 2, que indica processos em estágio avançado de implantação. O teste de Kruskal-Wallis evidenciou que há diferença estatística entre as ESF na implantação dos processos de trabalho ($p=0,000$), com destaque para as dimensões princípios da APS ($p=0,015$), programação local ($p=0,000$), monitoramento ($p=0,000$), saúde da mulher ($p=0,000$) e da criança ($p=0,000$). O teste não foi aplicado para as dimensões diagnóstico local, apoio diagnóstico, abordagem familiar, relacionamento

com a comunidade e sistemas de informação, pois elas possuíam menos do que cinco itens verificados ($n \leq 4$), o que faz com que o teste tenha pouco poder estatístico.

Tabela 30 – Média e mediana e valor p para os dimensões na avaliação dos processos pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Dimensões na Avaliação dos Processos	Escore		Valor p
	Média	Mediana	
Redes de Atenção	0,8730	1	0,107
Princípios da APS	1,4666	1	0,015
Diagnóstico Local	1,6111	1,5	Não calculado
Programação Local	1,4722	1	0,000
Acolhimento	1,5333	1	0,375
Apoio Diagnóstico	0,3333	0	Não calculado
Abordagem Familiar	1	1	Não calculado
Prontuário Saúde da Família	0,8	0	0,165
Contrato de Gestão	2	2	0,107
Monitoramento	1,1777	1	0,000
Relacionamento com a Comunidade	1,1111	1	Não calculado
Sistemas de Informação	2,0555	2	Não calculado
Saúde da Mulher	2,025	2	0,000
Saúde da Criança	2,4111	3	0,000
Total	1,7898	2	0,000

Na tabela 31 é apresentada a avaliação por estágio de implantação do PDAPS feita pela SESMG, bem como das médias e medianas obtidas.

Tabela 31 – Avaliação do estágio de desenvolvimento dos processos, média e mediana pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Pontuação alcançada	Avaliação	Escore	
			Média	Mediana
Novo Horizonte	228	Avançada	1,7674	2
Caic 3	191	Avançada	1,4806	1
Caic 4	191	Avançada	1,4806	1
Mamoeiro	289	Ótima	2,2403	3
Novo Jardim	224	Avançada	1,7364	3
Primavera	303	Ótima	2,3488	3
Jacilândia	251	Avançada	1,9457	2
Bela Vista	186	Incipiente	1,4418	2
Divineia	215	Avançada	1,6666	2
Total			1,7898	2

A maior pontuação dos processos foi alcançada pela ESF Primavera (303 pontos) coincidindo com a maior média (2,3488) e mediana (escore 3). A ESF Bela Vista apresentou menor pontuação (186 pontos) e a menor média (1,4418), todavia, sua mediana foi o escore 2. Ela é a única ESF em que a interpretação dos dados, de

acordo com o parâmetro da SESMG, foi considerada como processos incipientes. As ESF Caic 3 e Caic 4 obtiveram resultados iguais: pontuação (191 pontos), média igual a 1,4806 e a mediana igual a 1. A interpretação dessa pontuação apontou para processos avançados, de acordo com o parâmetro da SESMG, mas a mediana dessas ESF foi igual a 1, indicando processos incipientes. A ESF Novo Jardim com pontuação de 224 pontos teve uma interpretação avançada, entretanto, sua mediana igual a 3, aponta para processos ótimos.

5.2.1 Redes de Atenção à Saúde

A tabela 32 apresenta a média da dimensão redes de atenção à saúde que variou entre 0,1428 a 1,5714. A mediana final foi o escore 1, sendo este também o resultado da mediana na maioria das ESF. Apesar das diferenças de escores entre algumas ESF não houve diferença estatística entre elas pelo teste de Kruskal-Wallis ($p=0,8730$).

Tabela 32 – Média e mediana da avaliação da dimensão redes de atenção à saúde pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Redes de Atenção à Saúde	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,5714	2
Caic 3	0,8571	1
Caic 4	0,8571	1
Mamoeiro	1	1
Novo Jardim	0,1428	0
Primavera	1,2857	1
Jacilândia	0,5714	1
Bela Vista	0,5714	1
Divineia	1	1
Total	0,8730	1

Na tabela 75, no apêndice, é evidenciado que a mediana 1 foi aquela que mais se repetiu nos itens avaliados nessa dimensão.

5.2.2 Princípios da APS

A tabela 33 apresenta os resultados da dimensão princípios da APS. A média variou de 0,8 a 2. A mediana final e na maioria das ESF foi o escore 1, que significa processos implantados de forma incipiente. Houve diferença estatística pelo teste de Kruskal-Wallis ($p=0,015$).

Tabela 33 – Média e mediana na avaliação da dimensão princípios da APS pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Princípios da APS	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2	2
Caic 3	1,2	1
Caic 4	1,2	1
Mamoeiro	2	2
Novo Jardim	0,8	1
Primavera	1,6	2
Jacilândia	1,8	1
Bela Vista	1,6	2
Divineia	1	1
Total	1,4666	1

Os dados apresentados na tabela 76, no apêndice, mostram que as ESF: não estão dimensionadas dentro dos parâmetros em relação à sua população adscrita; conhecem de forma incipiente os princípios da APS e discute internamente estratégias para melhor responder aos mesmos; fizeram a avaliação qualitativa da APS de forma incipiente; estruturam e realizam as ações do Plano de Fortalecimento de APS de forma incipiente (mediana igual a 1).

5.2.3 Diagnóstico Local

A tabela 34 apresenta os resultados da dimensão diagnóstico local. A média dos escores variou entre 1 e 2,5 e a mediana entre 1 e 3. A mediana final foi 1,5 que aponta para processos incipientes a avançados. Não foi aplicado o teste estatístico devido à pequena quantidade de indicadores avaliados nessa dimensão ($n \leq 4$).

Tabela 34 – Média e mediana na avaliação da dimensão diagnóstico local pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Diagnóstico Local	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	1	1
Caic 4	1	1
Mamoeiro	1,75	1,5
Novo Jardim	1,75	2
Primavera	2,5	2,5
Jacilândia	2,25	3
Bela Vista	1,75	2
Divineia	1,5	1,5
Total	1,6111	1,5

Os dados apresentados na tabela 77, no apêndice, indicam que o cadastramento, sua atualização e a estratificação segundo o risco são realizadas em todas ESF, mesmo que de forma incipiente em algumas delas. O mapa inteligente foi o instrumento com maior dificuldade de implantação, devido a sua inexistência em quatro ESF. A atualização do diagnóstico local da área de abrangência foi um processo considerado incipiente na maioria das ESF.

5.2.4 Programação Local

A tabela 35 apresenta a média e a mediana da dimensão programação local. A média variou entre 0,1666 a 2,3333 nas ESF. O consolidado da mediana foi o escore 1, significando processos implantados de forma incipiente. Na tabela 29 pode-se observar que houve diferença estatística entre as ESF com relação a essa dimensão ($p=0,000$).

Tabela 35 – Média e mediana na avaliação da dimensão programação local pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Programação Local	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,8333	1
Caic 3	1,3333	2
Caic 4	1,3333	2
Mamoeiro	2,3333	3
Novo Jardim	1,25	1
Primavera	2,3333	3
Jacilândia	2,3333	3
Bela Vista	0,1666	0
Divineia	1,3333	1,5
Total	1,4722	1

Na tabela 78, no apêndice, observa-se que a maioria das ESF não implantou as Linhas-guia e os protocolos próprios validados. A estratificação de risco da população com condições crônicas apresentou processos avançados de implantação para hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adulto e idoso. (mediana igual a 2). Contudo, existe uma ESF em que essa estratificação não acontece para essas seis condições. A maioria das ESF não estratifica risco para a saúde bucal. Com relação aos adolescentes a estratificação de risco é um processo incipiente na maioria das ESF. A estruturação da planilha de programação local é incipiente na maioria das ESF e a realização das ações programadas ocorre de forma avançada ou ótima na maioria das ESF.

5.2.5 Acolhimento e Classificação de Risco

Na dimensão acolhimento e classificação de risco, a tabela 36 mostra que a média entre as ESF variou entre 1 e 2,4, indicando processos incipientes até avançados ou ótimos. A mediana final da dimensão foi o escore 1, indicando maior concentração dos dados em processos incipientes. O teste de Kruskal-Wallis revelou que não existe diferença estatística entre as ESF nessa dimensão ($p=0,375$).

Tabela 36 – Média e mediana na avaliação da dimensão acolhimento e classificação de risco pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Acolhimento e Classificação de Risco	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,4	1
Caic 3	1	1
Caic 4	1	1
Mamoeiro	2,4	3
Novo Jardim	1,2	0
Primavera	2,4	3
Jacilândia	1,8	3
Bela Vista	1,6	2
Divineia	1	1
Total	1,5333	1

Na análise de cada item de verificação nessa dimensão, na tabela 79, no apêndice, observa-se a mediana com escore 2, significando processos avançados, para a maioria dos itens avaliados: princípios de acolhimento como cultura em todos os momentos da atenção ao usuário, organização dos processos de acolhimento de cidadãos com demanda espontânea, implantação da agenda com espaço para as ações de atenção à demanda espontânea e as ações programadas e apresentação e pactuação da agenda junto ao Sistema Municipal de Saúde e ao Conselho Local de Saúde. O Protocolo de Manchester apresentou mediana igual a zero, indicando a não inserção desse instrumento em boa parte das ESF.

5.2.6 Apoio Diagnóstico

Nessa dimensão, os dados da tabela 37 mostram que a média das ESF variou de 0 a 1,333. Essa é a dimensão que apresentou a menor média final da macrodimensão processos. A mediana final foi o escore 0, indicando processos inexistentes. Não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis devido ao pequeno número de indicadores avaliados (n=3).

Tabela 37 – Média e mediana na avaliação da dimensão apoio diagnóstico pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Apoio Diagnóstico	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0	0
Caic 3	0	0
Caic 4	0	0
Mamoeiro	0,3333	0
Novo Jardim	0	0
Primavera	1,3333	2
Jacilândia	0	0
Bela Vista	0,6666	1
Divineia	0,6666	1
Total	0,3333	0

Na tabela 80, no apêndice, é observado que os dados dos três itens verificados concentram-se ao redor do escore 0 (mediana). Isso indica que nessa dimensão a implantação dos processos é praticamente inexistente nas ESF.

5.2.7 Abordagem Familiar

Na tabela 81, no apêndice, observa-se que a dimensão abordagem familiar apresentou o escore 1 em todas as ESF para os dois itens avaliados. Por isso, a média e a mediana tanto das ESF quanto do consolidado é a mesma, indicando processos incipientes quanto à utilização dos instrumentos de abordagem familiar para as famílias de risco e todas as demais da área de abrangência.

5.2.8 Prontuário de Saúde da Família

Na tabela 38 verifica-se que a média das ESF variou de 0 a 1,8 na dimensão Prontuário Saúde da Família. A mediana final foi o escore zero, indicando a incipiência da implantação desse instrumento. Essa mediana foi a menor encontrada na macrodimensão processos. O teste de Kruskal-Wallis evidenciou que não existe diferença estatística entre as ESF ($p=0,165$).

Tabela 38 – Média e mediana na avaliação da dimensão prontuário saúde da família pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Prontuário Saúde da Família	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	0,4	0
Caic 3	0,8	0
Caic 4	0,8	0
Mamoeiro	1,6	2
Novo Jardim	0	0
Primavera	0	0
Jacilândia	1,8	3
Bela Vista	1,4	2
Divineia	0,4	0
Total	0,8	0

Na tabela 82, no apêndice, detecta-se que a utilização do prontuário familiar e sua identificação segundo o risco familiar são processos avançados na prática das ESF (mediana 2), contudo, em duas delas isso é inexistente. A utilização do prontuário familiar eletrônico, o acompanhamento por uma comissão de avaliação de prontuários e a ação das ESF de acordo com as normas e padrões éticos e legais para utilização e preenchimento dos prontuários são praticamente processos inexistentes (mediana igual a 0).

5.2.9 Contrato de Gestão

Na tabela 39 são apresentados os resultados com relação à dimensão Contrato de Gestão. A média das ESF variou entre 1,1666 a 2,1666. A mediana final foi o escore 2, indicando que os processos estão avançados. Não houve diferença estatística entre as ESF com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($p=0,107$).

Tabela 39 – Média e mediana na avaliação da dimensão contrato de gestão pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Contrato de Gestão	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2	2
Caic 3	2,1666	2,5
Caic 4	2,1666	2,5
Mamoeiro	2	2
Novo Jardim	2,5	3
Primavera	2,5	3
Jacilândia	1,1666	1,5
Bela Vista	1,5	1,5
Divineia	2	2
Total	2	2

Na tabela 83, no apêndice, pode ser observado que as metas para vacinação e de exame citopatológico apresentam como mediana o escore 3, indicando que os dados concentram-se em processos ótimos. O conhecimento das metas pactuadas no Contrato Saúde em Casa e a meta para gestantes apresentaram o escore 2 como mediana, apontando para processos avançados. A pactuação, o acompanhamento dos indicadores, metas e o estabelecimento de um contrato da equipe com a coordenação municipal foram considerados incipientes (mediana igual a 1).

5.2.10 Monitoramento

Na tabela 40 são apresentados os resultados das ESF com relação à dimensão monitoramento. A média variou entre 0 e 2,4, contudo, a mediana final mostrou que o escore 1 foi predominante, demonstrando a concentração dos dados nesse escore, que significa um processo incipiente. Houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,000$).

Tabela 40 – Média e mediana na avaliação da dimensão monitoramento pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Monitoramento	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	1,2	1
Caic 4	1,2	1
Mamoeiro	3	3
Novo Jardim	0	0
Primavera	2,4	3
Jacilândia	0	0
Bela Vista	1	1
Divineia	0,8	1
Total	1,1777	1

Na tabela 84, no apêndice, a mediana de cada item avaliado foi o escore 1, demonstrando também incipiência em todos os processos esperados para o monitoramento.

5.2.11 Relacionamento com a Comunidade

A tabela 41 apresenta que a média na dimensão relacionamento com a comunidade variou de 0,6666 a 2,6666 nas ESF. A mediana final foi o escore 1 e demonstrou a existência de processos incipientes (tabela 41). Não foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis devido à pequena quantidade de itens de verificação (n=3).

Tabela 41 – Média e mediana na avaliação da dimensão relacionamento com a comunidade pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Relacionamento com a Comunidade	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	0,6666	1
Caic 4	0,6666	1
Mamoeiro	2,6666	3
Novo Jardim	1	1
Primavera	1,3333	1
Jacilândia	0,6666	0
Bela Vista	1	1
Divineia	1	1
Total	1,1111	1

Na tabela 85, no apêndice, observa-se que em todos os itens avaliados foi encontrada a mediana com o escore 1, que indica processos incipientes.

5.2.12 Sistemas de Informação

Nessa dimensão não foi realizado o teste de Kruskal-Wallis devido ao pequeno número de indicadores utilizados na avaliação ($n=2$). Na tabela 42 observa-se que a média das ESF variou entre 1 a 3, o que indica diferentes graus de implantação dos processos relacionados ao sistema de informação. A média final foi 2,0555 aproximando-se da mediana final com o escore 2, o que evidencia processos avançados quanto à implantação dessa dimensão.

Tabela 42 – Média e mediana na avaliação da dimensão sistemas de informação pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Sistemas de Informação	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1	1
Caic 3	2	2
Caic 4	2	2
Mamoeiro	3	3
Novo Jardim	3	3
Primavera	3	3
Jacilândia	2,5	2,5
Bela Vista	1	1
Divineia	1	1
Total	2,0555	2

Na tabela 86, no apêndice, é observado que a alimentação dos sistemas de informação na periodicidade adequada e a utilização das informações para o planejamento do trabalho são processos avançados em Unaí.

5.2.13 Saúde da Mulher

Na tabela 43 observam-se os resultados na dimensão saúde da mulher. A média variou entre 1,6 a 2,8. A mediana final foi o escore 2 e indicou processos avançados. O teste estatístico de Kruskal-Wallis demonstrou que existe diferença entre as ESF quanto à implantação dos processos dessa dimensão ($p=0,000$).

Tabela 43 – Média e mediana na avaliação da dimensão saúde da mulher pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escores da Dimensão Saúde da Mulher	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	1,8	2
Caic 3	1,6	2
Caic 4	1,6	2
Mamoeiro	2,475	3
Novo Jardim	2,075	3
Primavera	2,8	3
Jacilândia	2,25	2
Bela Vista	1,775	2
Divineia	1,85	2
Total	2,025	2

Na tabela 87, no apêndice, é apresentado os resultados de cada item avaliado. Na macroação direitos sexuais e reprodutivos, as ações realizadas envolvendo equipe profissional multidisciplinar e a escolha pelo usuário do método que melhor se enquadra apresentaram mediana 1, que indica processos incipientes. Nessa mesma macroação, o trabalho com a contracepção de emergência pela equipe conforme protocolo apresentou mediana 0, ou seja, processos inexistentes. Na macroação pré-natal, a mediana para a avaliação quanto ao início precoce da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas foi zero e para o acompanhamento da saúde bucal das gestantes foi um. A macroação controle do câncer de mama a alimentação e análise dos sistemas de informação foi considerada incipiente (mediana igual a 1). Na macroação climatério a mediana para a adoção de abordagem terapêutica nos casos de mulheres com sintomas climatéricos foi um, indicando um processo incipiente. Em todos os outros itens verificados nessa dimensão a mediana foi 2 e 3, apontando para processos avançados e ótimos. Na macroação puerpério, prevenção do câncer de mama e prevenção do câncer do colo do útero não encontrou-se nenhuma mediana zero e um para os itens avaliados.

5.2.14 Saúde da Criança

Conforme a tabela 44, a dimensão saúde da criança foi aquela na macrodimensão processos em que foi encontrado o maior valor para a média e a mediana final: 2,4111 e 3 respectivamente. A média variou de 1,8666 a 2,9333. A

mediana final foi o escore 3, representando processos ótimos. Apesar de uma mediana 3, houve diferença estatística entre as ESF ($p=0,000$).

Tabela 44 – Média e mediana na avaliação da dimensão saúde da criança pelas ESF em Unaí – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Escore da Dimensão Saúde da Criança	
	Média	Mediana
Novo Horizonte	2,9333	3
Caic 3	1,9666	2
Caic 4	1,9666	2
Mamoeiro	2,4666	3
Novo Jardim	2,7333	3
Primavera	2,7	3
Jacilândia	2,5666	3
Bela Vista	1,8666	2
Divineia	2,5	3
Total	2,4111	3

De acordo com a tabela 88, no apêndice, a maioria das ações esperadas nessa dimensão apresentaram mediana igual a 2 ou 3, indicando processos avançados ou ótimos. A macroação vacinação foi avaliada em todas ESF com escore 2 ou 3. Uma ação teve a mediana igual a 1, indicando processo incipiente quanto à realização de consulta médica e de enfermagem, com parâmetro no primeiro ano de vida no mínimo de sete consultas, no segundo ano de duas consultas e a partir de três até aos cinco anos, uma consulta individual anual. Apenas a realização do acompanhamento à saúde bucal das crianças foi considerada um processo inexistente (mediana igual a 0).

5.3 MACRODIMENSÃO RESULTADOS

Os dados da macrodimensão resultados podem ser visualizados na tabela 45. A média variou entre 1,2142 e 2,0714 e a mediana entre 1 e 2,5. A mediana final foi o escore 2, o que indica resultados entre 61 e 80%, ou seja, avançados. De acordo com o sistema de pontuação da SESMG, o pior resultado foi atribuído à ESF Primavera (40,48%). Ao considerar a mediana como indicador, essa ESF apresentou resultado semelhante ao da ESF Novo Jardim. A ESF Mamoeiro apresentou o melhor resultado na macrodimensão resultados, sendo a única equipe

que alcançou o resultado esperado (69,05%). A macrodimensão resultados não apresentou diferença estatística entre as ESF ($p=0,635$).

Tabela 45 – Avaliação dos resultados, média e mediana pelas ESF em Unai – MG, 2011

Equipes de Saúde da Família	Porcentagem alcançada	Avaliação	Escore	
			Média	Mediana
Novo Horizonte	42,86%	Pouco abaixo do esperado	1,2857	1,5
Caic 3	47,62%	Pouco abaixo do esperado	1,4285	1,5
Caic 4	47,62%	Pouco abaixo do esperado	1,4285	1,5
Mamoeiro	69,05%	Alcançado	2,0714	2,5
Novo Jardim	47,62%	Pouco abaixo do esperado	1,4285	1
Primavera	40,48%	Pouco abaixo do esperado	1,2142	1
Jacilândia	59,52%	Pouco abaixo do esperado	1,7857	2
Bela Vista	52,38%	Pouco abaixo do esperado	1,5714	2
Divineia	47,62%	Pouco abaixo do esperado	1,4285	2
Total			1,5158	2

Na tabela 89, no apêndice, pode-se verificar que mais da metade dos itens avaliados apresentaram mediana 2 ou 3, indicando resultados acima de 61%. Esses itens estão relacionados ao pré-natal, à vacinação, ao exame citopatológico cérvico-vaginal, ao cadastramento e classificação das famílias segundo o risco, ao cadastramento de hipertensos e diabéticos classificados segundo o risco cardiovascular e à atualização do cartão da gestante. O item relacionado ao plano de cuidados para idosos apresentou mediana igual a 1, demonstrando sua incipiência. As questões ligadas à saúde bucal nos quatro itens dos resultados apresentaram mediana igual a zero, indicando a baixa inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família.

6 DISCUSSÃO

A discussão em torno da avaliação da implantação do PDAPS parte do pressuposto de que ela deve ser acompanhada de propostas que busquem implementar as mudanças idealizadas (78). No caso deste estudo não será realizada uma discussão exaustiva de todos os possíveis pontos que influenciam na implantação do PDAPS, mas reflexões importantes concernentes à estrutura, aos processos e aos resultados esperados.

Nesta pesquisa ficou evidenciado que existe diferença quanto à avaliação da implantação do PDAPS se for adotado o sistema de pontuação da SESMG. Isso pode ser percebido na avaliação da estrutura nas ESF Novo Horizonte, Primavera e Bela Vista (tabela 4); na macrodimensão processos, nas ESF Caic 3 e 4, Novo Jardim e Bela Vista (tabela 31); e na macrodimensão resultados, nas ESF Jacilândia, Bela Vista e Divineia (tabela 45). Aponta-se, portanto, que a falta de análise estatística dos dados falseia os resultados e a interpretação do grau de implantação do PDAPS. Dessa forma, é conveniente que na avaliação de sua implantação, com o questionário elaborado pela SESMG, sejam utilizadas as medidas estatísticas adequadas.

O PDAPS foi implantado em Unai nos anos de 2008 e 2009. Em 2010 foi realizada a avaliação dessa implantação nas ESF. Os resultados mostram que essa implantação foi incipiente nas ESF de Unai (mediana igual a 1). Tal achado contribui para uma reflexão de que o tempo de implantação do PDAPS foi insuficiente para promover todas as mudanças esperadas. Diante desse quadro, sua implementação é satisfatória, pois implica na operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar os problemas identificados (79), o que envolve ainda um processo de formulação da política (80).

A ESF Mamoeiro foi a que apresentou a melhor média e mediana, com indicação de grau avançado de implantação do PDAPS. A maioria das ESF apresentaram mediana igual a 1, que caracteriza uma implantação incipiente. Entretanto, nenhuma ESF apresentou na mediana final o escore 3, que caracteriza um processo ótimo de implantação. Tal dado aponta para a necessidade de mobilização dos atores envolvidos na consolidação do PDAPS em Unai para propiciar melhores resultados.

Uma estrutura incipiente (mediana igual a 1), com processos avançados (mediana igual a 2) e resultados avançados (mediana igual a 2) caracterizam a implantação do PDAPS nas ESF em Unaí. Esses dados permitem inferir que o empenho dos profissionais na implantação dos processos e no alcance dos resultados esperados contribuiu para esse achado, mesmo que exista uma estrutura incipiente para o trabalho das ESF. Dessa forma, admite-se que a concentração de esforços dos profissionais nos processos de trabalho desejados e no alcance dos resultados propostos constitui-se em um sinal positivo para a implementação do PDAPS. Há que se ressaltar também que uma capacitação adequada, monitoramento e avaliação são fundamentais para a implantação das ações do PDAPS.

A macrodimensão estrutura considerada adequada pelo PDAPS é definida como aquela que possui todos os ambientes, equipamentos, insumos, recursos tecnológicos e humanos, e ações educacionais necessárias para a realização dos cuidados primários em saúde (77).

Estudos de avaliação de estrutura da atenção básica são pouco comuns na literatura científica (23). A proposta de avaliação da estrutura pelo PDAPS nas dimensões apresentadas já é um avanço. Entretanto, ela poderia ser aperfeiçoada com outros elementos que expressam a complexa realidade em que são desenvolvidos os serviços de APS. Aponta-se aqui a necessidade da expansão dos aspectos relacionados à avaliação do *status* do emprego na APS, do sistema de remuneração adotado, da produtividade, do perfil, do reconhecimento e das responsabilidades assumidas pelos profissionais, do sistema de educação profissional, da associação entre os profissionais da APS, do *status* acadêmico da APS e de seu desenvolvimento futuro (76).

Nessa macrodimensão, as ESF avaliadas apresentaram resultados de estrutura inexistente ou incipiente (mediana igual a 0 ou 1). A ESF do Mamoeiro foi aquela que apresentou a maior média e mediana, mas assim como as demais ESF precisa de estratégias que garantam uma melhor estrutura para a APS municipal.

Na avaliação da macrodimensão estrutura em Unaí evidenciou-se a necessidade de maior atenção para com as dimensões ambiente, equipamentos, recursos tecnológicos e ações educacionais, pois em todas elas a maioria dos dados referia-se ao escore 0 (mediana), significando inexistência de acordo com os parâmetros da SESMG. A diferença estatística verificada no item insumos aponta

para a necessidade de um melhor relacionamento entre as ESF e a gerência local, na garantia dos materiais necessários ao processo de trabalho.

Com relação à dimensão ambiente, os dados mostram que ainda prevalece a necessidade de modificação das UAPS existentes. A sala de esterilização, o consultório ginecológico e a sala de vacinação são aqueles mais bem avaliados (mediana igual a 2 ou 3). Contudo, na sala de esterilização, a pontuação máxima é justificada pela descentralização dos serviços para uma unidade de referência no Sistema Municipal de Saúde (77).

Nessa dimensão, propõe-se uma discussão em torno de quatro pontos: a valorização dos ambientes para saúde da mulher e da criança, o investimento financeiro nas UAPS, a questão sanitária e a mobilização político-administrativa municipal.

Uma maior mediana na sala de vacinação e no consultório ginecológico traduzem a importância atribuída pelo município a esses serviços (mediana igual a 2 e 3 respectivamente). Tal achado corrobora com a ideia de que as primeiras tentativas de implementação dos cuidados primários de saúde estão concentrados na saúde da mãe e da criança (36). Nesta pesquisa verificou-se que existe uma tendência histórica de valorização desses ambientes, pois outros ambientes foram considerados inexistentes (mediana igual a 0) ou com qualidade inferior aos parâmetros utilizados na avaliação (mediana igual a 1).

O investimento financeiro para a construção, reformas e/ou ampliação de UAPS nos municípios de Minas Gerais pode ser advindo do governo federal, estadual ou municipal. O Ministério da Saúde apresenta essa opção anualmente por meio de convênios e emendas parlamentares. No Estado de Minas Gerais, o investimento para construção de novas UAPS é concedido com maior intensidade desde 2005, por meio do Saúde em Casa, contemplando quase todos os 853 municípios com pelo menos uma UAPS (29).

Mesmo assim, os dados da pesquisa revelam a necessidade de investimento na infraestrutura onde trabalham as ESF do município. Isso é confirmado pelo grande número de ambientes inexistentes (mediana igual a 0) ou abaixo do resultado esperado (mediana igual a 1).

Na implantação do PDAPS, os municípios elaboraram um planejamento para a infraestrutura baseado nas necessidades de construção, reforma e ampliação das UAPS existentes para atingir os parâmetros preconizados pela SESMG. Nesse

planejamento foi definida a quantidade de novas UAPS a serem construídas para que o município atinja 100% de cobertura com o Saúde da Família, inclusive, com a substituição de UAPS que funcionam em estruturas alugadas por novas construções e a ampliação e reforma das UAPS próprias do município (13).

A execução desse planejamento com relação à construção de novas UAPS já se iniciou (65), entretanto, nada foi definido com relação às reformas e ampliações das unidades com ESF em funcionamento. As decisões tomadas até o momento pela SESMG para Unaí apóiam a construção de novas UAPS para ampliação da cobertura da população com o Saúde da Família em detrimento da adequação das unidades existentes.

A demora em investimento na infraestrutura dessas unidades faz com que a mudança proposta pelo PSC no plano simbólico dos cuidados primários não seja efetivada. A afirmação defendida pelo PSC permanece como um alvo ainda a ser alcançado nas ESF existentes: “não é possível alcançar os resultados que se espera da APS com serviços sendo prestados em estruturas improvisadas, velhas, sujas, mal cuidadas, com ambiência muitas vezes agressiva aos usuários e desmotivadora às equipes” (29). Fica claro que se essa mudança for patrocinada apenas pelo PSC ela será lenta nas ESF em atuação, pois o Estado de Minas Gerais apresenta o maior número de ESF do país (29).

Outro problema relacionado à infraestrutura refere-se ao aproveitamento das unidades de saúde existentes para a implantação de novos programas. Muitas vezes, programas como o PSF, requerem estruturas diferenciadas para serem executados adequadamente. Em Unaí, os antigos Postos de Saúde transformaram-se em Unidades para o PSF e essa decisão faz com que a organização para o trabalho do PSF seja comprometida.

Outro ponto de discussão refere-se ao poder da Vigilância Sanitária (VISA), como órgão técnico, na determinação da infraestrutura das UAPS, na sua padronização no Estado e, por consequência, na qualidade da APS.

A mudança nas normas técnicas da VISA, em orientações da esfera federal e estadual para construção de UAPS incidem no julgamento a respeito da qualidade da infraestrutura. Apesar delas não serem frequentes na legislação brasileira, os gestores precisam estar atentos para promover as adequações em tempo hábil a fim de garantir a continuidade da qualidade do serviço.

O poder da VISA poderia se estender para limitar a aprovação de projetos com adequação às normas técnicas, mas com insuficiência de recursos financeiros para sua conclusão. Essa medida evitaria que muitas obras iniciem e dependam posteriormente, de uma mobilização política dos gestores municipais para sua conclusão. Além disso, evitaria o atraso na entrega do serviço à população. Outra saída para essa questão não estaria ligada à VISA, mas ao aumento de recursos pelas esferas financiadoras da construção.

A VISA poderia também usar o seu poder de autoridade para impedir a implantação do PSF em unidades com estrutura física insuficiente/inadequada. Isso ocorreu no passado no início da implantação do programa no Brasil. A intervenção da VISA não autorizando o funcionamento do programa em estruturas inadequadas aos parâmetros do PDAPS poderia ser uma saída para forçar a adequação do ambiente em prol da qualidade da APS. Contudo, essa decisão poderia impedir ou atrasar a implantação do modelo do Saúde da Família.

Perante o quadro apresentado, o município possui um papel fundamental na busca de melhoria dos ambientes de trabalho. Não adianta o governo federal e estadual mobilizar-se nessa causa se a esfera municipal não elaborar um planejamento técnico a curto, médio e longo prazo que leva em conta as políticas existentes para a infraestrutura das UAPS. O planejamento com subsequente mobilização dos atores da gestão municipal são atitudes fundamentais para a garantia de ambientes adequados às questões sanitárias.

Assim, os achados com relação à dimensão ambiente apontam para a necessidade de negociação e articulação entre a política municipal, estadual e federal para definirem melhor seus papéis e incentivos para a construção, reforma e/ou ampliação das unidades.

Os equipamentos são considerados uma das dimensões centrais da APS e uma das tecnologias cruciais para o desenvolvimento do cuidado primário (76). No Brasil, é reconhecida a importância de se utilizar tecnologias de menor a maior complexidade na APS para prestar uma adequada atenção à saúde do usuário (9).

A discussão em torno dos equipamentos parte da necessidade de todas UAPS empregarem as mesmas tecnologias para resolução dos problemas mais comuns de saúde. Isso levaria a uma padronização das UBS para oferecer serviços de APS com os mesmos equipamentos.

Os dados apresentados na pesquisa mostram que o curto período de implantação do PDAPS não foi suficiente para resolver o problema da falta de equipamentos para o trabalho das ESF em funcionamento (mediana final igual a 0). Esse achado vai contra o modelo de APS que o Estado de Minas Gerais adota, ou seja, um modelo que combate o uso da baixa densidade tecnológica na estrutura das UAPS (13).

Os resultados dessa dimensão configuram alguns pontos principais para debate: a ausência da maioria dos equipamentos nas UAPS, a adequação de alguns ambientes em detrimento de outros com equipamentos em condições próximas aos parâmetros, as diferenças estatísticas entre as ESF e a gerência dos equipamentos locais existentes.

A ausência de equipamentos nas UAPS constitui um sério problema não apenas para a organização do serviço local, mas também na qualidade da atenção prestada ao indivíduo. A falta de equipamentos para higiene pessoal nos sanitários para o público é apenas um exemplo encontrado nessa avaliação que compromete a imagem do serviço e contribui para a perpetuação da ideia de que este é um tipo de “atenção pobre para pobres”, símbolo combatido também pelo modelo de APS de Minas Gerais (13). Para isso, o esforço para garantir a presença dos equipamentos nas UAPS pode partir da mobilização da própria gerência municipal de saúde.

Apesar da descentralização político-administrativa do SUS e da APS para os municípios, existe apoio na legislação brasileira para a aquisição de equipamentos para a APS. Isso é oferecido em nível federal, por meio de convênios e em nível estadual em Minas Gerais, especificamente, pela utilização do recurso financeiro recebido mensalmente por ESF implantada no PSC (30). Existem também medidas específicas do PDAPS, como a verba para compra de equipamentos na ocasião da instalação de novas UAPS (65).

Como a maioria das ESF não possui profissionais de saúde bucal, a aquisição de equipamentos para o trabalho desses profissionais pode ser viabilizada com um incentivo adicional pelo governo federal, em parcela única, na inserção de equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família (81) e por meio do plano de fortalecimento dos equipamentos odontológicos no momento da implantação da saúde bucal na ESF (82). Outra forma de contribuir na aquisição desses equipamentos seria com os recursos do PSC (30).

A melhor estruturação das salas de espera, vacinação, consultório ginecológico e de atendimento multiprofissional com equipamentos constitui outro achado importante da pesquisa. Isso pode ser justificado por eles oferecerem atendimento direto ao cidadão. Contudo, tal achado demonstra que os equipamentos dos ambientes das UAPS não são vistos com a mesma importância para a atenção ao usuário. O empenho da gerência local das UAPS é fundamental para promover o planejamento e aquisição dos equipamentos necessários. Isso contribuirá para um alinhamento das UAPS quanto aos equipamentos presentes, na confiança e na qualidade do trabalho prestado aos cidadãos.

A diferença estatística entre as ESF avaliadas quanto aos equipamentos das salas existentes (como de curativo, atendimento multiprofissional, cuidados básicos e consultório ginecológico) traz a preocupação quanto aos procedimentos oferecidos pelas ESF. Algumas ESF podem oferecer alguns procedimentos e outras não, contribuindo assim, para a queda da resolutividade dos problemas de saúde na área de abrangência. Esse fato também é combatido pelo modelo de APS defendido por Minas Gerais (13).

Outro ponto refere-se à gerência municipal da APS, quanto à conservação, ao tempo de vida e à necessidade de substituição dos equipamentos em uso por outros com tecnologias mais avançadas.

Os equipamentos não são eternos, e por isso, precisam de manutenção preventiva e corretiva em menor espaço de tempo possível para não prejudicar o processo de prestação do cuidado primário ao cidadão. O planejamento, baseado em diagnósticos freqüentes da situação dos equipamentos, é o primeiro passo para a organização dos equipamentos. Observar as diferenças locais quanto aos equipamentos pelo nível gerencial local é um ato necessário para garantir uma APS pelo menos com os mesmos equipamentos no território municipal.

Após isso é necessário um planejamento financeiro na ocasião da elaboração da Lei Orçamentária Anual do ano seguinte, definindo o orçamento para a aquisição de equipamentos. Como os equipamentos desgastam com o uso, realizar planejamento para aquisição de equipamentos para a APS no Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual Municipal seriam medidas também para direcionar o planejamento financeiro anual.

De nada adiantaria esses planejamentos para garantir equipamentos na APS se esses documentos não servissem de referência para guiar as ações, ou seja,

serem apenas instrumentos normativos, elaborados simplesmente para o cumprimento das exigências legais do SUS. É preciso que haja uma aplicação do que se planeja no “papel”.

Vale lembrar que a falta de descentralização político-administrativa no processo de compras pode dificultar a aquisição de equipamentos no nível municipal. A falta de conhecimento sobre a utilização dos recursos e de decisão política pode prejudicar a aquisição de equipamentos em um espaço de tempo que poderia ser menor. Assim, a descentralização do processo de compras contribuiria para a aquisição dos equipamentos úteis na prestação do cuidado na APS.

Processos simples de organização do trabalho, como conhecer a situação dos equipamentos, aplicar mecanismos para manutenção e monitoramento dos equipamentos existentes e conhecer a legislação sobre equipamentos no SUS são algumas das possíveis ações a serem executadas para garantia dos equipamentos na APS a partir da mobilização da gerência municipal de saúde.

Com relação aos insumos, os resultados mostram que existe provisão dos suprimentos necessários para a manutenção das ESF (mediana igual a 3). Tal achado corrobora com a ideia de que o governo municipal assume um dos seus papéis na descentralização político-administrativa da APS para a esfera municipal, conforme recomenda a Lei nº 8080, que institui o SUS (41). Entretanto, a diferença estatística entre as ESF aponta para uma possível fragilidade no relacionamento da gerência local com as ESF. Isso pode ser explicado devido ao fato de algumas ESF pontuarem com escore máximo a maioria dos insumos avaliados e outras não. Esse problema pode ser facilmente solucionado por um planejamento de pedidos de insumos que supra as reais necessidades de trabalho de cada ESF.

Outro ponto de destaque relacionado aos insumos é que nenhuma ESF atingiu a quantidade adequada quanto aos insumos básicos para o desenvolvimento de outras ações de saúde, ou seja, aqueles insumos que não estão relacionados à sala de vacinação, consultório ginecológico, medicamentos básicos, material impresso e para escritório. Os escores citados mostram que essa quantidade está inferior ou próxima ao adequado nas ESF (tabela 71 no apêndice). Apesar das médias e medianas alcançarem valores elevados, esse dado precisa ser tratado com atenção, pois se refere aos insumos de uma forma geral nas ESF. Nesse ponto, é preciso melhor organização da gestão para garantir a quantidade adequada de insumos necessários aos cuidados básicos em saúde.

Como uma falha no instrumento de coleta de dados poderia ser citada a análise de insumos de uma forma geral em todos os ambientes e, especificamente, nas salas de vacinação e no consultório ginecológico. Aponta-se uma tendência de valorização dos insumos nesses dois ambientes, como se eles fossem mais importantes que os demais. Nesta pesquisa, vale lembrar que considerando os insumos dessas duas salas houve diferença estatística entre as ESF, o que demonstra uma provisão diferente pelo Sistema Municipal de Saúde quanto aos insumos na associação desses dois ambientes.

O fato das ESF pontuarem como inexistente o Boletim diário de doses aplicadas de vacinas, mas em contraponto, todas as ESF utilizarem o Boletim mensal, leva-nos ao pensamento que esta parece ser uma decisão no nível gerencial local. Contudo, a falta do Boletim diário permite levantar questionamentos sobre o controle diário da imunização das ESF e, por consequência, dos valores mensais. A falha no controle desse dado pode interferir no controle dos resultados da implantação do PDAPS em uma de suas metas, que está relacionada à porcentagem de crianças até um ano de idade imunizadas com a vacina tetravalente. Essa mesma meta também está relacionada ao contrato de gestão assumido pelo governo municipal e seus resultados podem incidir sobre o financiamento mensal para as ESF do PSC (64). Uma redução desse incentivo poderá ocasionar a redução de insumos para a APS, pois esse recurso financeiro possibilita inclusive a aquisição de alguns materiais para o processo de trabalho das ESF (30).

A dimensão recursos tecnológicos foi avaliada como inexistente (mediana igual a 0). A discussão nessa dimensão baseia-se em quatro pontos: a necessidade de computadores, de Linhas-guia para o trabalho das ESF, de antenas e televisores para contribuir na educação permanente pelo Canal Minas Saúde e de outros instrumentos para a execução de ações educativas ao público geral.

A falta de computadores nas UBS impede a instalação do prontuário eletrônico, que é outra inovação proposta pelo PDAPS (61) para promover a integração da APS com a rede local em saúde, diminuindo assim, a distância entre as UAPS e os níveis secundários e terciários de atenção à saúde (56). Isso permitirá à ESF coordenar melhor a atenção à saúde do usuário na rede de saúde e contribuirá para que a APS assuma seu papel de reorganizadora do Sistema de

Saúde. Por isso, os computadores são importantes ferramentas para promover o desenvolvimento da qualidade da APS na esfera municipal.

A implantação das Linhas-guia de atenção à saúde constitui a efetivação de uma proposta elaborada em 2003 no processo de reestruturação da gestão da SESMG (47). A falta de Linhas-guia impressa, conforme citado por uma das ESF, parece não ser um problema de responsabilidade do nível estadual, mas do nível de gestão local, haja vista esse material estar disponível no site da SESMG para *download* (83). O mesmo pode ser realizado para resolver o problema da falta da Linha-guia de saúde bucal nas ESF.

Outro ponto refere-se ao fato de que possuir a Linha-guia, como recurso tecnológico, não garante seu uso no processo de trabalho da ESF. Ou seja, sua aplicação na atenção à população depende da atitude de cada profissional e do posicionamento da gerência da APS em prol da qualidade do serviço básico.

Alguns recursos tecnológicos, como televisão e antena, são importantes para as atividades de educação permanente com os profissionais. Essas ações são realizadas por meio do Canal Minas Saúde (29), que possui programas de treinamento específico com os conteúdos das Linhas-guia. Esses recursos tecnológicos constituem-se elementos fundamentais para o desenvolvimento da estratégia do Canal Minas Saúde, cujo intuito final é informar e alinhar o processo de trabalho dos profissionais das ESF. O resultado desse tipo de educação permanente poderá incidir diretamente sobre a qualidade da atenção à saúde da população.

Outros recursos tecnológicos citados como necessários para o PDAPS não estavam presentes nas UBS onde as ESF desenvolvem o trabalho, como máquina fotográfica digital com filmadora, DVD, aparelho de som e projetor multimídia. Pode-se dizer que tais recursos estão ligados às ações educativas, e contribuem para sua execução nos diferentes ciclos de vida. O que não se deve esquecer é que os recursos técnicos devem ser escolhidos corretamente de acordo com o público alvo que se deseja trabalhar. Isto é, o uso do recurso técnico deve ser realizado com coerência.

Enfim, a maioria dos recursos tecnológicos na lógica do PDAPS constitui-se em instrumentos de suma importância para o resgate do papel e da qualidade nos serviços e ações de APS. A inexistência deles conforme observado em Unai (mediana final igual a 0) vai contra essa lógica.

Na dimensão recursos humanos destacam-se dois problemas: a falta de profissionais em quantidade suficiente e o descumprimento da carga horária dos profissionais inseridos no Saúde da Família. A falta de recursos humanos abrange: a inexistência de profissionais para as funções de gerente, auxiliar administrativo e para técnico em saúde bucal (mediana igual a 0), e a insuficiência de auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS em algumas ESF em funcionamento. Os problemas de carga horária referem-se à coordenação da APS, profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), médicos, odontólogos e enfermeiros das ESF.

Desde a criação do PSF, o papel de gerência das ESF geralmente é desempenhado pelo enfermeiro (17). Ele assume diversas funções ligadas à atenção à saúde do usuário, mas mesmo assim, executa funções administrativas. A gerência das ESF, de acordo com o PDAPS é de responsabilidade dos enfermeiros (56), contudo, para as UAPS em que trabalham mais de uma ESF, o PDAPS orienta a inserção de um gerente exclusivo, estipulando inclusive a existência de um espaço físico na unidade destinado a tais ações. Essa proposta busca aliar dois fatores importantes para a gestão da APS: a economia de escala e a qualidade da gestão do serviço (13). Como em Unai, somente uma unidade é do tipo 2, era de se esperar que existisse um gerente para essas duas ESF, entretanto, isso não foi identificado. Tal situação mostra a dificuldade do município em responder, no tempo de implantação do PDAPS, a necessidade de recursos humanos proposta. Assim, na função de gerência nas unidades tipo 2 ou 3 conformam-se dois profissionais com este papel: o gerente da UAPS, mais ligado à gestão político-administrativa da UAPS e o gerente da ESF, que é o enfermeiro responsável pela gerência administrativa da atenção à saúde da população.

No PDAPS a função de gerente do enfermeiro é valorizada pela indução da programação na agenda de trabalho semanal, definindo a quantidade de tempo voltado para tais ações (56). Esse fato parece ser inovador no sentido de contribuir para melhor organização do processo de trabalho do enfermeiro seja na parte clínica quanto na administrativa.

Apesar do PDAPS não deixar claro quais seriam as funções do auxiliar administrativo imagina-se que ele funcionaria como apoio ao trabalho das ESF e do gerente da UAPS. Essas funções poderiam estar ligadas à informação ao usuário, à organização administrativa para o atendimento, na digitação de dados nos Sistemas de Informação, entre outros.

Outro achado na pesquisa refere-se à maioria das ESF não possuir profissionais de saúde bucal (odontólogos e auxiliares em saúde bucal) e nenhuma delas possuir técnico em saúde bucal. Tal fato evidencia que essa área enfrenta dificuldade de inserção nas ESF de Unaí, sendo considerado um dos componentes estratégicos para a APS no Brasil desde 2001 (10). A falta de espaços físicos conforme identificado nessa pesquisa pode ser um dos fatores que limita as decisões político-administrativas nessa questão.

Em algumas equipes a insuficiência de recursos humanos não parece estar relacionada à falta de auxiliares ou técnicos de enfermagem no município ou de financiamento para os ACS, mas às decisões político-administrativas locais para o funcionamento do programa. Isso é justificado por existir escola técnica para formação de auxiliares e técnicos de enfermagem no município há alguns anos e ao fato do governo federal enviar mensalmente recurso financeiro para custeio dos ACS (84).

Os problemas com o cumprimento da carga horária referem-se às falhas na gerência central das ESF, pois essa supervisão é de responsabilidade do município de acordo com a Política de Atenção Básica no Brasil (9). Essa questão precisa ser tratada com atenção, pois a insuficiência da carga horária incide diretamente no cumprimento das metas da programação local e da agenda de cada profissional da ESF (56,57).

As ações educacionais para os profissionais são consideradas pelo PDAPS como um componente importante para melhoria da qualidade da APS (12). Nessa dimensão de avaliação destacaram-se os problemas ligados à formação de ACS, ao curso de especialização em Saúde da Família, ao PEP e ao uso do Canal Minas Saúde.

Na formação de ACS ressalta-se a necessidade do curso possuir caráter permanente em Unaí, haja vista existir os ACS serem contratados e substituídos por outros não capacitados com esse curso a cada término de contrato. Essa precariedade com relação ao tipo de contrato do profissional para trabalhar na estratégia Saúde da Família é um problema detectado desde as primeiras avaliações do PSF pelo Tribunal de Contas da União no Brasil (25).

A participação em curso de especialização em Saúde da Família pelos profissionais de nível superior foi inexistente tanto para médicos quanto para enfermeiros e odontólogos (mediana igual a 0). A participação nessa especialização

contribuirá para o entendimento do modelo de atenção proposto para a Saúde da Família, que se contrapõe àquele que muitos profissionais executam na prática de saúde, que é o modelo flexneriano (34).

Quanto à proposta de participação no PEP pelos médicos, ela foi incipiente (mediana igual a 0). “O PEP tem como propósito induzir uma cultura de mudança e renovação da prática do profissional de saúde e criar um sistema de melhoria permanente de performance em busca de excelência no cuidado ao usuário” (29). A não participação no PEP contribui para que encaminhamentos desnecessários para especialistas e de solicitação de exames, prescrições incorretas de medicamentos e de tratamentos ocorram nas ESF, tornando a APS pouco resolutiva (29).

A inexistência de participação dos profissionais no curso de gestão da clínica foi igual para todas as equipes (mediana igual a 0). Esse fato constitui-se em um problema para a implantação do PDAPS e para a melhora da qualidade da APS para o cidadão, pois a gestão da clínica contribui para o ganho de eficácia e eficiência nos serviços de saúde, quando comparada à gestão centrada apenas em materiais, recursos financeiros e humanos (56).

A gestão da condição de saúde, como um dos instrumentos para a microgestão das atividades clínicas tem demonstrado evidências satisfatórias à APS. Na Alemanha, por exemplo, a implantação da gestão da condição de saúde para diabetes contribuiu para a redução nos infartos de miocárdio, acidentes vasculares-cerebrais, nas amputações, nas nefropatias e cegueiras (85).

Quanto à participação dos profissionais das ESF nas aulas do Canal Minas Saúde o resultado foi avançado (mediana igual a 2), por ser esta uma medida inovadora para a atualização baseada em evidências científicas. O conteúdo das aulas, ministrado no canal, foi elaborado utilizando as Linhas-guia de Atenção à Saúde (29). As Linhas-guia são consideradas uma das tecnologias para a microgestão das atividades clínicas (56), e por isso, a participação nas aulas contribuirá para controlar a variabilidade clínica nas ações de APS e impactar os indicadores de saúde das famílias (56). Ademais, a implantação das Linhas-guia pode também favorecer o princípio da longitudinalidade, ou seja, a prestação do cuidado em todos os aspectos, independente da existência de patologias ou não (86).

Campos aponta que vários elementos da dimensão clínica na atenção básica brasileira foram desvalorizados com a implantação da estratégia Saúde da Família

(27). Assim, a associação de Linhas-guia baseadas em evidência e do Canal Minas Saúde pode funcionar como uma alternativa para minimizar essa realidade.

Enfim, na macrodimensão estrutura reconhece-se a elaboração de mecanismos para melhora da APS pelo governo de Minas Gerais, como o investimento para construção de UPAS, aquisição de equipamentos e insumos, e a implantação do Canal Minas Saúde. Contudo, tais investimentos não foram suficientes para melhorar, nesse curto período de tempo de implantação do PDAPS em Unaí a estrutura das ESF existentes, demonstrando uma incipiência quanto aos resultados esperados.

Uma macrodimensão processos considerada satisfatória para o PDAPS seria aquela que obtivesse resultados ótimos de implantação com relação às dimensões redes de atenção, princípios da APS, diagnóstico local, programação local, acolhimento, apoio diagnóstico, abordagem familiar, prontuário saúde da família, contrato de gestão, monitoramento, relacionamento com a comunidade, sistemas de informação, saúde da mulher e da criança (77). Em Unaí, a avaliação dessa macrodimensão apresentou um resultado avançado (mediana igual a 2). Assim, pode-se dizer que mesmo com uma estrutura com resultado inexistente (mediana igual a 0) houve o estabelecimento de processos e de algumas condições propostas no PDAPS.

Quase todas ESF tiveram como resultados processos avançados ou ótimos (mediana igual a 2 ou 3). Somente as ESF Caic 3 e 4 apresentaram processos incipientes (mediana igual a 1). A ESF Primavera foi aquela que apresentou o melhor desempenho (maior média e mediana).

Nas dimensões redes de atenção, princípio da ASP, diagnóstico e programação local, acolhimento, apoio diagnóstico, abordagem familiar, prontuário de saúde da família, monitoramento e relacionamento com a comunidade apresentaram médias e medianas final entre 0 e 1,5. Elas representam as dimensões com dificuldade de desenvolvimento de processos de trabalho, contudo, são consideradas essenciais para o desenvolvimento de uma APS de qualidade de acordo com as propostas de intervenção do PDAPS (12).

Com relação à dimensão redes de atenção à saúde, Unaí apresentou um grau incipiente de implantação (mediana igual a 1). A implantação das redes de atenção à saúde, que foi uma expectativa do PDAPS, é entendida, portanto, como

uma ação complexa no Sistema Municipal de Saúde, demonstrando a necessidade de ir além da realização das oficinas para sua efetiva implantação.

Uma das funções das redes de atenção à saúde é combater a fragmentação, que ocorre quando os pontos de atenção à saúde tornam-se mais autônomos, seja entre unidades semelhantes e/ou de diferentes níveis de cuidados. Uma conformação fragmentada traz conseqüências negativas para a eficiência e a equidade dos Sistemas de Saúde (53).

Por isso, postula-se que um modelo de saúde com um maior grau de integração pode levar a uma atenção mais efetiva, com maior qualidade e eficiência, combatendo assim, a fragmentação nos sistemas sanitários (87).

As redes de atenção à saúde podem também contribuir na garantia do direito à saúde, na ampliação do acesso do usuário aos serviços e na diminuição das desigualdades. Todavia, é importante ressaltar que sua construção, além de envolver a dimensão técnica, abrange a dimensão política, com a possibilidade de existência de disputas de poder e de decisões que ferem interesses (52). Para o funcionamento das redes há necessidade de institucionalização da região de saúde para a garantia do direito de saúde das pessoas e a existência de uma direção única para definir de quem é a responsabilidade sanitária (52).

Puig e outros pesquisadores colocam que a integração das redes de serviços de saúde é um assunto de alta complexidade e que deve ser considerado como um processo e não uma meta (88). Ainda acrescentam que nenhum país do mundo em seus diferentes contextos está totalmente isento de variações nos graus de integração/fragmentação das suas redes de serviços de saúde (88). Por isso, o momento sócio-histórico e tecnológico do Sistema de Saúde é importante para definir a organização dos serviços de saúde integrados (88).

Em uma análise do sistema fragmentado da Espanha, Bengoa propõe como um dos pontos de atuação, repensar o modelo de liderança, de gestão e de gerenciar Sistemas de Saúde e não estruturas (89). Algumas alternativas apontadas pelo autor são: o nível central ser uma entidade menos gestora e mais estratégica, que define, avalia os resultados esperados e dissemina as melhores práticas; e adota um estilo de gestão mais humilde no âmbito central reconhecendo que a inovação pode vir dos profissionais de saúde.

Nessa dimensão, o resultado do teste estatístico mostrou que as ESF possuem organizações semelhantes em Unai. A predominância do escore 1 na

mediana, encontrado na maioria das ESF, cuja interpretação está ligada aos processos implantados de forma incipiente, traz o entendimento de que o nível da gestão é essencial para a organização e desenvolvimento das redes de atenção à saúde. A partir da organização da gestão local, a construção das redes de atenção à saúde envolve pactuações entre municípios, microrregiões, regiões e território nacional conforme propõe a Política do Pacto pela Saúde no Brasil (90).

O predomínio de medianas igual a 0 ou 1 na dimensão redes de atenção à saúde (tabela 75 no apêndice) indicam primeiramente a necessidade de um alinhamento conceitual pelas ESF quanto às informações referentes aos serviços oferecidos na rede municipal de saúde bem como de suas pactuações. As diversas respostas para o mesmo item de verificação confirmam isso.

Os protocolos de atenção de referência secundária e terciária estão implantados em diferentes graus (tabela 75 no apêndice). Nesse sentido, faz-se necessária a ação da gerência local para promover o devido nivelamento das informações e maior participação das ESF quanto ao processo de conhecimento e estabelecimento de relação com os pontos pactuados. O mesmo raciocínio pode ser aplicado ao sistema de transporte sanitário na rede municipal.

Com relação ao acesso a todos os exames laboratoriais elencados nos protocolos de atendimento da APS, as respostas com escores de 0 até 2 (processos não implantados até sua implantação de forma avançada) trazem o entendimento de que algumas ESF trabalham melhor a ligação com o sistema de referência. A identificação do problema com a participação do nível central de gestão municipal é importante para contribuir na padronização do acesso aos exames laboratoriais.

Algumas equipes possuem acesso incipiente aos exames de imagens e outras não. Isso faz com que o alinhamento sobre a referência precise ser estabelecido nas ESF e que novas pactuações sejam realizadas para expansão desse serviço.

A maioria das ESF não possui acesso ao sistema de regulação, o que demonstra uma possível centralização da regulação no nível central de gestão, e reforça a ideia do isolamento desse ponto de atenção dos demais. A relação com esse sistema de regulação parece ser o ponto mais difícil de ser estabelecido para a integração da rede.

A organização e pactuação para o funcionamento da programação da rede de atenção à mulher, à criança e às urgências e emergências é outro achado incipiente

nesta pesquisa em Unaí (mediana igual a 1), porém, com diferentes escores nas respostas. Esse dado aponta para a necessidade do nível municipal de gestão para estabelecer essa organização, pactuação (caso não tenha sido realizada) e informar às ESF. No município de Janaúba, no norte de Minas Gerais, onde o PDAPS foi implantado na primeira fase, é reconhecido que o estabelecimento de uma rede integrada de saúde para mulheres e crianças contribuiu para a queda na taxa de mortalidade infantil, aumento da amamentação exclusiva para crianças menores de quatro meses e redução na taxa de internação por pneumonia em menores de cinco anos de idade (33).

A organização das redes de atenção à saúde possui a ESF como um dos fatores que pode contribuir para sua efetivação no nível municipal. Esse é um indicativo que pode contribuir para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde, que é ainda uma área nova e carente de delimitações precisas (87). Bengoa inclusive considera a participação de pessoas que não fazem parte do nível de gestão central como um fator decisivo para um novo modelo de gestão que combata o sistema fragmentado (89).

De uma forma geral, os achados dessa dimensão corroboram com a ideia de que a construção de redes de atenção à saúde são processos que devem ocorrer constantemente na garantia da integralidade da atenção (88).

Na dimensão princípios da APS a diferença estatística apontada pelo teste de Kruskal-Wallis confirma que as ESF se comportam de forma diferente. Esse resultado mostra que a possibilidade de melhora quanto à implantação desses princípios pode originar-se das próprias ESF, entretanto, de acordo com os itens avaliados, alguns fatores podem ser influenciados também por decisões administrativas do nível municipal de gestão.

Os pontos de discussão com relação a essa dimensão referem-se ao dimensionamento para o trabalho da ESF (mediana igual a 1), o conhecimento e discussão sobre os princípios da APS (mediana igual a 1), e sobre a utilização dos instrumentos para avaliar e planejar o fortalecimento da APS em cada ESF (mediana igual a 1).

O dimensionamento para o trabalho da ESF é apresentado na Portaria nº 648 do Ministério da Saúde (9), que estabelece um parâmetro de uma ESF para no máximo 4000 pessoas, cuja a média recomendada é de 3000 pessoas. Esse dimensionamento pode ser ameaçado devido às decisões da gestão do nível

central, no sentido de aumentar a cobertura das ESF, ultrapassando o valor máximo preconizado. Entretanto, uma decisão assim pode afetar a organização do processo de atenção ao usuário e dificultar seu acesso ao serviço e às ações de APS.

A aplicação dos princípios da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário) é importante para organizar a prestação do cuidado na APS (1). O desconhecimento desses princípios e a falta de elaboração de estratégias para aperfeiçoá-los, conforme observado em Unai, ameaça a implantação dos pressupostos dos cuidados primários citados na Declaração de Alma Ata. A valorização e implantação desses princípios no processo de trabalho estão relacionados principalmente às ESF. Outra discussão refere-se aos instrumentos propostos no PDAPS para avaliação e elaboração do planejamento do fortalecimento da APS.

A avaliação qualitativa da APS foi proposta no PDAPS por um instrumento que continha uma lista de perguntas relativas a cada um dos princípios da APS na oficina 2 (13). A maioria das ESF respondeu que realizou essa avaliação de forma incipiente. Contudo, esse item de verificação (2.2.3, na tabela 76 no apêndice) apresentou opções de respostas com descrições que não condizem com a pergunta, o que causa confusão no momento das ESF definirem um escore na sua avaliação.

O Plano de Fortalecimento da APS é um instrumento elaborado pelo nível central de gestão cuja elaboração dependeu da avaliação qualitativa da APS pelas ESF (13). Nesse instrumento foram apontadas as questões críticas com relação a cada um dos princípios da APS e o planejamento da ação a ser executada, com definição dos prazos e tempo. O item 2.2.4 (tabela 76 no apêndice) na avaliação dessa dimensão questiona sobre a estruturação desse plano elaborado pela própria ESF. Como esse instrumento possuía o nível central de gestão como o responsável por sua elaboração (13), esse questionamento não se adequou ao que realmente foi proposto na oficina 2, havendo assim, um ponto a ser aperfeiçoado no instrumento de avaliação da implantação do PDAPS. Mesmo assim, a questão foi respondida pelas ESF e os dados podem constituir um viés na análise quantitativa dessa dimensão.

Identificou-se que a realização das ações programadas no Plano de Fortalecimento da APS pela equipe de nível central ocorre na maioria das ESF de forma incipiente (mediana igual a 1). Tal achado precisa ser pesquisado em maior profundidade com outros métodos para identificar as possíveis causas das

dificuldades de implantação dessas ações, pois elas incidem diretamente sobre os princípios da APS, considerados orientadores para a estruturação dos cuidados primários localmente (1).

Com relação à dimensão diagnóstico local, a mediana final igual a 1,5, demonstra uma implantação entre incipiente e avançada. Nessa dimensão destacam-se quatro pontos: o cadastramento da população e sua atualização, a estratificação de risco das famílias, o uso do mapa inteligente e a atualização do diagnóstico da área.

O cadastramento das famílias é uma ação proposta para o PSF desde a concepção de suas normas e diretrizes no Brasil (17). Na PNAB, o cadastramento e sua atualização constitui uma das atribuições específicas do ACS (9), mesmo que essa função já tenha sido executada até por auxiliares de enfermagem (91). A realização dessa ação de forma incipiente em duas ESF pode estar ligada ao dimensionamento incorreto de sua população. Considerando que o cadastramento é uma ação essencial para o planejamento do trabalho da ESF é preciso criar formas para garantir sua execução. Uma opção apresentada pela PNAB é a utilização de até 12 ACS por ESF, de forma que cada ACS não ultrapasse a atenção à 750 pessoas no máximo (9). Essa, porém, é uma decisão que perpassa o nível municipal de gestão.

A estratificação das famílias segundo o risco constitui um novo elemento implantado pelo PDAPS. O critério utilizado para classificação inclui fatores sócio-econômicos e a presença de condições ou patologias crônicas prioritárias (55). É um instrumento implantado em todas as ESF, mesmo que de forma incipiente em algumas delas (tabela 77 no apêndice). A necessidade de utilização desse instrumento pode funcionar como um fator que contribui para a atualização dos cadastros das famílias. Contudo, a insuficiência do cadastramento pode também prejudicar a estratificação dessas novas famílias. Indiretamente a estratificação das famílias pode estar ligada às decisões da gestão municipal que influenciam no cadastramento das famílias, como o número insuficiente de ACS para a área de abrangência da ESF, fato detectado nessa pesquisa (tabela 73 no apêndice).

De todos os itens avaliados na dimensão diagnóstico local, o único em que houve respostas com processos inexistentes refere-se à utilização de mapas inteligentes. O mapa da área de trabalho da ESF leva em consideração as microáreas e a identificação dos aspectos geográficos, ambientais e sociais da área

(55). Na PNAB, o mapeamento é considerado um elemento que faz parte do processo de trabalho das ESF, sendo uma atribuição comum a todos os profissionais (9). Apenas com o método adotado na pesquisa não se pode afirmar qual motivo para a não realização do mapeamento, apesar de ser um dos instrumentos de diagnóstico esperado em cada ESF, após a realização da oficina 3 de implantação do PDAPS (55).

Outro ponto de suma importância além da elaboração do diagnóstico da área de cobertura da ESF é sua atualização. Na PNAB, o diagnóstico e sua atualização são apontados como uma das características do processo de trabalho das ESF (9). A maioria das respostas das ESF com o escore um, significando uma atualização do diagnóstico incipiente, revela que a área de atuação da ESF corre o risco de ser reduzida à compreensão de um território-solo, ou seja, definida apenas por critérios geográficos e com uma visão estática. Por outro lado, é reconhecido que a área de atuação da ESF enquadra-se em um território-processo, ou seja, definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes do território (55). Por isso, a atualização do diagnóstico não deve ser minimizada no processo de trabalho da ESF, se realmente objetiva a estruturação de um modelo voltado para a saúde das pessoas de um território.

Com relação à dimensão programação local, destacam-se os seguintes pontos: a implantação das Linhas-guia e dos protocolos próprios validados; a estruturação da atenção para os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adultos, idosos e adolescentes; a estratificação de risco para a saúde bucal; utilização do instrumento do PDAPS e a atitude das ESF com relação à programação local.

A programação é uma consequência do diagnóstico local. Se o diagnóstico local teve valores baixos era de se esperar que a programação local seguisse a mesma tendência. Nessa pesquisa isso foi comprovado. A média e mediana do consolidado do diagnóstico local foi 1,6111 e 1,5 respectivamente. Para a programação local, os valores do consolidado tiveram uma pequena redução: média igual a 1,4722 e mediana igual a 1. Esses dados mostram que a importância com a programação local é menor pelas ESF.

A não implantação das Linhas-guia e dos protocolos clínicos validados na maioria das ESF (mediana igual a 0) constituem um fator que pode diminuir a

resolutividade da APS. A não implantação das Linhas-guia representa uma desvalorização do Canal Minas Saúde como instrumento de divulgação dos seus conteúdos. Talvez uma explicação para isso esteja no perfil dos profissionais da APS, fato esse não avaliado com o instrumento utilizado.

Outro ponto é que nem todas as ações executadas no processo de trabalho estão elencadas nas Linhas-guia, sendo necessário às ESF elaborarem seus próprios protocolos clínicos. Após sua elaboração os protocolos são assinados pelo Gestor Municipal. Na pesquisa foi detectado que apenas uma ESF apresentou a implantação desse instrumento de forma incipiente, enquanto que as outras não o implantaram (tabela 78 no apêndice). Entretanto, o método utilizado na pesquisa não permite apontar qualquer afirmação que esclareça a real causa da não elaboração desses instrumentos pela maioria das ESF.

Um ponto positivo é que a grande maioria das ESF trabalha com a estratificação de risco da população para as condições crônicas com relação à hipertensão, diabetes, gestantes, criança, adolescente, adulto e idoso. Apenas em uma ESF essa ação não foi implantada nesses grupos e necessita ser avaliada pela gestão local. Em todos esses grupos, os adolescentes são aqueles em que as ESF estão com implantação incipiente (mediana igual a 1). Esses dados corroboram com a ideia de que já começa a existir uma cultura nas ESF de organização voltada para as condições crônicas, proposta essa defendida pelo PDAPS (12).

A estratificação de risco para a saúde bucal foi um processo inexistente na maioria das ESF, inclusive naquelas que possuem equipamentos odontológicos e recursos humanos. Tal dado aponta para a não incorporação da programação pelos profissionais em seu processo de trabalho. Um achado parece incoerente: duas ESF com processos implantados de classificação de risco para a saúde bucal, sendo que as ESF não possuem equipamentos odontológicos e nem profissionais da saúde bucal (tabela 78 no apêndice). Na oficina 4 é orientado que essa classificação de risco seja realizada pelo cirurgião dentista (56). Assim, há o entendimento de que essa função estaria sendo realizada por outros profissionais da ESF de forma inadequada, pois essa classificação de risco é definida de acordo com critérios técnicos específicos da profissão odontológica. Salienta-se que mesmo que essas ESF não possuam profissionais de saúde bucal elas estão fazendo uma classificação de acordo com o seu grau de conhecimento para programar o atendimento da população.

Outro ponto é que a estruturação da planilha de programação local é incipiente nas ESF (mediana igual a 1). Essa planilha é um instrumento elaborado pela SESMG e implantado na oficina 4, no formato digital (56). Seu preenchimento depende de dados relativos ao diagnóstico da área de abrangência da ESF. Por isso, a estruturação da planilha de programação de forma incipiente condiz com os dados apontados anteriormente com relação ao diagnóstico.

Um fato evidenciado na tabela 78 foi que mesmo que duas ESF estruturassem a planilha de programação local de forma incipiente (escore igual a 1), elas realizaram as ações programadas de forma avançada (escore igual a 2). Isso mostra que a oficina do PDAPS conseguiu sensibilizar as ESF para se organizarem com o intuito de realizar as ações programadas. Entretanto, a diferença estatística entre as ESF nessa dimensão mostra que as ESF precisam alinhar melhor o processo de trabalho de acordo com os pressupostos do PDAPS para a organização da prestação do cuidado no município.

O diagnóstico e a programação são características do processo de trabalho da Saúde da Família que estão correlacionadas (9), pois a programação depende do diagnóstico para ser elaborada. Baseado nos dados encontrados nessas duas dimensões aponta-se a necessidade de um aprofundamento sobre os reais fatores que limitam a implantação desses processos nas ESF, pois incidem diretamente sobre a qualidade da atenção à saúde e a resolutividade do serviço na sua área de atuação.

A discussão em torno do acolhimento e classificação de risco foca-se na implantação do Protocolo de Manchester (mediana igual a 0), pois nos demais itens avaliados foram identificados processos avançados (mediana igual a 2).

Os protocolos são instrumentos que permitem a estratificação do risco na avaliação do estado clínico do paciente. A proposta do PDAPS é utilizar um único protocolo na rede de atenção à saúde, inclusive para o atendimento oferecido pela APS, já que ela é a porta de entrada no Sistema de Saúde (1).

Em Minas Gerais, optou-se pelo Protocolo de Manchester que é utilizado em vários países e “opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cinco cores” (54). Esse instrumento permite a operacionalização do princípio do acolhimento com classificação de risco, conforme orienta a Política Nacional de Humanização do SUS (92). A não implantação desse

instrumento pela maioria das ESF em Unaí é um fator que limita a qualidade nos processos de humanização e acolhimento dos usuários com riscos (12).

Na experiência de implantação do PDAPS no município de Uberlândia, é comprovado que o Protocolo de Manchester foi importante para a organização do processo de trabalho na APS e em ambulatorios com serviços especializados e de 24 horas. O principal desafio com relação à classificação de risco pelo Protocolo de Manchester refere-se à resistência dos médicos (32).

Apesar das dificuldades de implantação desse instrumento na APS em Unaí e dos desafios a serem superados, conforme a experiência de Uberlândia, um estudo em um hospital mineiro mostrou que esse instrumento é capaz de promover maior inclusão e distinção entre os pacientes com alto e baixo risco de mortalidade e redução da taxa de mortalidade quando comparado ao protocolo elaborado pelos próprios funcionários do estabelecimento (93).

O posicionamento do governo de Minas Gerais é claro quanto à implantação desse protocolo, inclusive destinando recursos financeiros adicionais na APS para a aquisição de equipamentos para sua implantação nos pontos com ESF (66).

Por meio dos dados apresentados conclui-se que é preciso mais estudos para identificar outros fatores que dificultam a implantação desse protocolo, com vistas à elaboração de estratégias adequadas para sua completa efetivação nas redes municipais e estadual de saúde.

A dimensão apoio diagnóstico foi uma das que apresentou a menor mediana na macrodimensão processos (mediana igual a 0). No que tange à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, como a oferta de exames laboratoriais, os resultados encontrados nessa dimensão vão contra a concepção de uma clínica ampliada (92).

Os dados da dimensão apoio diagnóstico revelam a dificuldade de implantação dos protocolos clínicos laboratoriais, da organização das fases pré e pós-analíticas e de programação dos exames laboratoriais.

A dificuldade de implantação de protocolos clínicos pode estar associada à rotina de trabalho adotada pelos profissionais e a falta de educação permanente. Uma alternativa para sensibilizar os profissionais quanto aos protocolos seria utilizar o Canal Minas Saúde como um dos instrumentos de capacitação.

A dificuldade de organização das fases pré e pós-analíticas para exames laboratoriais pode relacionar-se à inexistência de ambientes para coleta de materiais

e de equipamentos necessários em todas as ESF avaliadas (tabela 53 no apêndice). A persistência dessa situação limita a instalação de pontos de coleta nas UAPS e exige uma mobilização do nível de gestão local para resolvê-la.

A programação dos exames laboratoriais é uma ação que poderia ser desenvolvida pela própria ESF, mesmo que o ponto de coleta de material seja em um laboratório de referência (central). Vale lembrar que este ponto de atenção precisaria possuir capacidade operativa para atender à demanda. Por isso, um aprofundamento no método de pesquisa seria necessário para identificar as características da assistência laboratorial de Unai e definir como essa programação poderia ser operacionalizada.

Os dados da dimensão apoio diagnóstico apontam também para a necessidade de sensibilização da gestão local quanto à integração entre a APS e a assistência laboratorial. Um correto posicionamento da gestão local poderá ser decisivo para a implantação dos protocolos clínicos pelos profissionais; elaboração da programação de exames; planejamento dos ambientes e equipamentos necessários para a descentralização da coleta de materiais e para a investigação da capacidade operativa local.

Com relação à dimensão abordagem familiar, a aplicação do genograma e do ciclo de vida familiar em Unai foi considerada incipiente tanto para as famílias de risco quanto às demais da área de abrangência das ESF (mediana igual a 1). Aponta-se como um fator de discussão a busca do melhor momento para a aplicação desses instrumentos às famílias.

No PDAPS é esclarecido que a aplicação do genograma e do ciclo de vida familiar podem acontecer em qualquer momento do trabalho da ESF (58). Entretanto, apresenta-se como proposta a aplicação desses instrumentos no (re)cadastro e estratificação de risco das famílias, por este ser também um momento que visa ao conhecimento das famílias.

No PDAPS é orientado que o genograma e o ciclo de vida familiar sejam aplicados na oficina 6, contudo, esse foi um momento posterior ao (re)cadastro das famílias e sua estratificação de risco, ocorrido na oficina 3. Essa forma de organização da sequência dos assuntos das oficinas pode ter contribuído para o resultado incipiente encontrado em Unai (mediana igual a 1).

A mudança dos profissionais das ESF é considerada outro fator que pode interferir no conhecimento das famílias e no aproveitamento das informações obtidas com a aplicação dos instrumentos de abordagem familiar (63).

Essa mudança faz com que um novo processo de conhecimento tenha seja assumido por novos profissionais, podendo prejudicar a atenção às condições de saúde da população adscrita. Em Curitiba não há mudanças frequentes nas ESF, e isso contribui para a aplicação do princípio da APS da longitudinalidade, ou seja, de um trabalho contínuo e a longo prazo, o que permite um melhor aproveitamento e renovação das informações das famílias (63).

Assim, um dos fatores importantes para acumular conhecimento sobre as condições das famílias e valorizar o vínculo já estabelecido é o tipo de contratação dos profissionais. Contudo, na avaliação da implantação do PDAPS nenhum indicador avaliou essa questão.

A falta de uma abordagem familiar adequada evidencia que ainda permanecem traços do modelo de atenção tradicional, centrado na doença e não nos sujeitos e nas famílias, conforme recomenda a Política Nacional de Humanização em sua proposta de uma clínica ampliada (92).

Com relação à dimensão prontuário de saúde da família foi observado assim como a dimensão apoio diagnóstico um dos piores resultados na macrodimensão processos (mediana igual a 0). Identificou-se a dificuldade de utilização do prontuário de saúde da família como um elemento comum na prestação dos cuidados à população, destacando-se dois pontos de discussão: o uso do prontuário de papel (impresso) e o eletrônico.

O uso do prontuário familiar de papel e a classificação de risco familiar foram processos implantados em grande parte das ESF (tabela 82 no apêndice), contudo, em duas delas os processos foram inexistentes (score igual a 0). Tal fato remete à necessidade de adequação dessas ESF ao processo de trabalho do Saúde da Família e do PDAPS, que considera esses instrumentos como importantes recursos para o conhecimento das famílias (58). Percebe-se também a necessidade de supervisão e melhor alinhamento quanto à esse processo de trabalho pelo nível gerencial central.

A ação das ESF de acordo com as normas e padrões éticos e legais para utilização e preenchimento dos prontuários de saúde foi inexistente (mediana igual a 0). Esse indicador pode também trazer o entendimento de que as normas e padrões

para utilizar o prontuário seriam informados pelo PDAPS, fato que não ocorreu e pode ter gerado como resposta um processo inexistente. Tal achado aponta para necessidade de reformulação do indicador e de elaboração de mecanismos para capacitação dos profissionais em atuação.

Um ponto que poderia ser aperfeiçoado no instrumento utilizado para avaliação dessa dimensão seria a inclusão de itens de verificação referentes ao uso dos prontuários de papel propostos na oficina 9 com relação à criança, adulto, idoso e à saúde bucal (61).

Com relação ao prontuário eletrônico afirma-se que ele é uma ferramenta que facilita o conhecimento do paciente, a integração da rede de atenção à saúde e possibilita uma maior precisão dos registros médicos (94). Uma das intervenções propostas pelo PDAPS é a utilização desse instrumento (12). Entretanto, a implantação do prontuário eletrônico foi um processo inexistente em todas as ESF em Unaí (mediana igual a 0). Esse fato é entendido como um elemento que dificulta a implantação do modelo de atenção à condição crônica do usuário, conforme proposto por Mendes (12) e prejudica, por consequência, a construção da rede de atenção à saúde. Esse é considerado, portanto, um dos elementos fundamentais para o alcance do objetivo geral do PDAPS (12).

A implantação desse prontuário em um Estado com mais de 800 municípios pode enfrentar alguns obstáculos como a contratação da empresa para a instalação e manutenção do programa nos municípios. Um sistema de informações com esta magnitude geraria um ganho muito grande à empresa responsável, em detrimento da sobrevivência de outras. Por isso, uma saída consiste no desenvolvimento do *software* pela SESMG e a oferta de serviços com o envolvimento de várias empresas previamente capacitadas para a instalação e manutenção do programa com o prontuário familiar nos municípios. A instalação desse prontuário eletrônico constitui-se em uma ferramenta chave para ligar os pontos de atenção dos municípios no Estado de Minas Gerais.

Assim, a inexistência de computadores e de prontuário eletrônico influencia na integração das ESF com outros pontos de atenção e na construção das redes de atenção à saúde, pois sem o fluxo da informação clínica não há integração na prestação do cuidado (95). Logo, as ESF não são, ainda, consideradas o centro de comunicação e de coordenação da atenção no Sistema de Saúde.

Outro processo inexistente e que necessita ser implantado com relação ao prontuário de saúde da família é o acompanhamento das ESF por uma comissão de avaliação (mediana igual a 0). Tal achado faz-se importante para a melhoria da qualidade das informações a respeito das famílias em prol de uma abordagem mais adequada.

Na dimensão monitoramento foi encontrado um resultado incipiente (mediana igual a 1) e ainda com necessidade de alinhamento do processo de trabalho das equipes devido à diferença estatística entre elas na assunção dessas ações ($p=0,000$).

A discussão com relação à dimensão monitoramento pauta-se pela incipiência sobre os seguintes aspectos: conhecimento das metas pactuadas para a APS do município, elaboração de proposta para seu monitoramento, organização de processos para atingi-las, monitoramento das metas e dos principais processos de trabalho da ESF.

O conhecimento das metas pactuadas para a APS do município pelo contrato de gestão e por outros instrumentos, como o Pacto pela Vida, é um fator desencadeador das ações esperadas para se realizar o monitoramento. O conhecimento das metas de forma incipiente (mediana igual a 1) pelas ESF corrobora com a afirmação de que há centralização das informações sobre as metas no nível central de gestão. Isso se agrava quando uma ESF não conhece as metas pactuadas no contrato de gestão (tabela 83 no apêndice) e nem as demais para a APS municipal (tabela 84 no apêndice).

No Brasil, é apontado que o monitoramento da Atenção Básica é uma atividade recente e fundamental para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (96). Dessa forma, o monitoramento executado pela ESF é importante para o estabelecimento de uma nova cultura que valoriza e busca a consolidação da APS no nível municipal, estadual e nacional.

No PDAPS, é esclarecido que o gerente é a figura central do monitoramento das metas nas ESF (62). Contudo, nenhuma das ESF possui um gerente definido (tabela 73 no apêndice) que execute as funções de monitoramento da forma necessária.

Mesmo que a PNAB afirme que uma das atribuições específicas do enfermeiro é a gerência (9), os processos incipientes no monitoramento apontam

para dificuldade da assunção dessa função pelo enfermeiro. Isso talvez possa ser explicado pela cultura presente no Brasil da gerência pelo enfermeiro do PSF estar mais ligada à sua liderança nas atividades educativas e no sentido de resolver problemas apresentados pelo indivíduo ou comunidade (97).

Quanto ao relacionamento com a comunidade pode-se dizer que essa é uma dimensão dependente das ESF para ser desenvolvida. De acordo com a PNAB são atribuições comuns a todos os profissionais das ESF “promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social” (9). Contudo, nessa pesquisa identificou-se uma incipiência quanto à relação com a comunidade e a participação das reuniões do Conselho Local e Municipal de Saúde, na interação e divulgação das ações e resultados para a comunidade e no conhecimento e relação com os informantes-chave (mediana igual a 1).

Um relacionamento com a comunidade incipiente pode contribuir para um conhecimento insuficiente para a realização das práticas sanitárias no território de abrangência. Uma intervenção possível é a potencialização do trabalho do ACS, pois eles são considerados no Brasil como atores que reforçam o relacionamento com a comunidade e possibilitam um maior vínculo entre as ESF e a comunidade (13).

Outra proposta seria a instituição de Conselhos Locais de Saúde nas ESF compostos por informantes-chave, que são pessoas que pelo tempo de residência em uma área e pelas relações sociais que desenvolvem dentro dela, possuem um conhecimento detalhado de todas ou de algumas de suas características relevantes (98). Essa seria uma opção para o bom relacionamento, interação e divulgação das ações e resultados para a comunidade, propostas essas almeçadas nessa dimensão.

Mesmo que o método de pesquisa tenha se limitado basicamente aos dados secundários e à análise de alguns documentos municipais, entende-se que a intervenção proposta pelo PDAPS de fortalecimento do controle social pelos Conselhos Locais de Saúde (12) precisa ser aperfeiçoada. Isso demonstra, mais uma vez, a dificuldade de estabelecimento de um modelo que valorize o vínculo com os sujeitos, famílias e população, conforme recomenda a Política de Humanização do SUS (92).

As quatro maiores médias e medianas na macrodimensão processos foram evidenciadas nas dimensões contrato de gestão, sistemas de informação, saúde da mulher e da criança, que apontam processos avançados ou ótimos (média e

mediana final maior que 2). Isso mostra que no município de Unaí, essas quatro dimensões apresentam os processos mais bem implantados no PDAPS.

É interessante notar que o financiamento da APS pelo Estado de Minas Gerais nos municípios perpassa essas quatro dimensões, ou seja, abrange as metas definidas no contrato de gestão relacionadas à saúde da mulher e da criança, com a inserção dos dados nos sistemas de informação. Assim, pode-se dizer que a necessidade de cumprir as metas do contrato de gestão, para não perder o incentivo financeiro do Estado para a APS, faz com que os processos nessas dimensões sejam melhores. Evidencia-se, portanto, que o financiamento é um elemento com potencial para mobilizar os processos de trabalho nas ESF.

Apesar da mobilização em torno dessas quatro dimensões, ressalta-se que o monitoramento pelas ESF foi considerado incipiente (mediana igual a 1). Se o monitoramento for visto como uma importante ação para controlar as metas do contrato de gestão, sua incipiência influenciará no alcance dessas metas e, por consequência, no financiamento da APS ao município.

Na dimensão contrato de gestão foi observado que existe o conhecimento das metas pactuadas pelo município e o desdobramento delas relacionadas às gestantes, vacinação e exames citopatológicos para as equipes de forma avançada ou ótima (tabela 83 no apêndice). Porém, a pactuação da equipe, o acompanhamento de indicadores, metas próprias e o estabelecimento de um contrato de gestão com a coordenação municipal foram incipientes (mediana igual a 1).

Nessa dimensão destacam-se dois pontos: a dificuldade de descentralização administrativa do contrato de gestão para as ESF e a forma de bonificação proposta pelo Estado de Minas Gerais para os municípios que cumprirem as metas pactuadas.

A dificuldade em descentralizar o contrato de gestão para as ESF é justificada pela incipiência na pactuação, acompanhamento dos indicadores e metas próprias nas ESF (mediana igual a 1). Como algumas ESF realizam essas ações de forma avançada até ótima, esta parece ser uma medida que depende da participação e interesse das ESF em assumi-la no seu processo de trabalho.

Outro ponto relacionado à descentralização administrativa refere-se à incipiente relação entre a coordenação municipal e as ESF quanto ao estabelecimento de um contrato com apresentação de metas e resultados,

obrigações das partes e estabelecimento de incentivos para o seu cumprimento (mediana igual a 1). Nesse ponto, a iniciativa partiria da coordenação municipal como proponente do acordo, com responsabilidade de monitorar e avaliar as metas em cada ESF.

O sistema de bonificação por desempenho das ESF ao governo municipal é uma novidade no Brasil. Essa modalidade já é adotada na APS de outros países e há poucos estudos sobre essa conduta para a gestão da APS, pois se espera que essa alternativa contribua para a melhoria da qualidade dos serviços (99).

A experiência internacional do pagamento por desempenho geralmente está voltada para a pessoa do médico. Um estudo demonstrou melhora na qualidade do serviço na Inglaterra, contudo, por outro lado, gerou desmotivação aos médicos dos Estados Unidos (100). No Brasil, essa modalidade foi adotada no município de Curitiba e foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma boa prática de gestão do Sistema de Saúde (95).

Na proposta de bonificação por desempenho em Minas Gerais, o município deve cumprir as quatro metas pactuadas pelo Termo de Compromisso do PSC (contrato de gestão) para continuar recebendo o incentivo estadual mensal por ESF implantada. O não cumprimento de uma ou mais metas incidiria na redução do valor mensal do Saúde em Casa para cada ESF. Esse valor seria repassado para outras ESF do Estado que cumprissem as metas (64). Assim, essa forma de bonificação por desempenho é descrita pela diminuição do financiamento para quem não alcançou o resultado pactuado, com repasse de seu recurso para outro município que atingiu todas as metas. Tal decisão gera uma polêmica quanto ao financiamento da APS em Minas Gerais.

Na conjuntura do financiamento da saúde no Brasil, pode-se dizer que a decisão de condicionar o valor do PSC às metas do contrato de gestão constitui uma ameaça ao financiamento da APS dos municípios mineiros.

A não regulamentação da Emenda Constitucional 29 faz com que a União e os Estados continuem aplicando menos do que deveriam de seus orçamentos na saúde, com repercussão inclusive na APS. Conforme reconhece a OMS, os cuidados primários de saúde não são baratos e não requerem modestos investimentos como aconteceu nas primeiras tentativas de sua implementação (36). É preciso considerar que os cuidados primários adequados andam juntos com o idealismo e um adequado financiamento (8).

É reconhecido que o investimento em estruturas e equipamentos para a APS é o maior já realizado em Minas Gerais (29). Contudo, isso não justifica a elaboração de regras que diminuam o valor do financiamento da APS dos municípios, que no caso de Minas Gerais é vinculado exclusivamente ao PSC. Essa decisão parece a princípio, “forçar” os municípios a adotarem o modelo de APS do Estado, assim como ocorreu no início do PSF no nível nacional (101), contudo, com risco de redução do incentivo financeiro caso não alcancem os resultados pactuados.

É notado que o Estado de Minas Gerais repete a mesma lógica adotada pelo governo federal de conjugar o repasse de recursos financeiros para a APS à adesão do município a um programa e ao compromisso de implementação de suas ações (102).

Há, porém, uma diferença entre os incentivos para a APS na esfera federal e no Estado de Minas Gerais. Na esfera federal os incentivos para atenção primária encontram-se na adoção do Saúde da Família, mas em um piso fixo para a Atenção Básica definido para cada município de acordo com sua população, como orienta a lei nº 8080 (41). No âmbito federal existe também o piso variável da Atenção Básica que é composto por outros incentivos como aqueles dirigidos à saúde bucal (9).

Em Minas Gerais, os recursos estaduais para a APS estão vinculados exclusivamente à adoção do PSC como modelo de APS. Poder-se-ia dizer que a criação de um piso de Atenção Básica estadual seria, portanto, uma medida aceitável para contribuir no financiamento da APS nesse momento de transição, de alguns modelos municipais mineiros ao Saúde da Família, haja vista a cobertura do PSC não ser ainda de 100% de sua população. Uma proposta baseada na lei nº 8080 que utiliza o número de habitantes como referência para a criação de um piso de Atenção Básica estadual, parece ser uma opção viável para o financiamento da APS em Minas Gerais (41).

Uma medida com incentivos adicionais para o cumprimento das metas do contrato de gestão é uma opção viável para contribuir no financiamento da APS e na motivação para o avanço dos serviços em Minas Gerais. Uma reflexão em torno dessas proposições torna-se alternativa no sentido de melhorar o financiamento da APS no âmbito municipal em Minas Gerais, principalmente naqueles municípios com dificuldade de implantação do Saúde da Família, no qual se investe muito mais dos 15% na saúde, como é o caso de Unaí.

Campos sinaliza que desde 1994 o governo federal tenta ultrapassar a ausência de consenso sobre Atenção Básica no país, induzindo o financiamento e a publicação de portarias doutrinárias (27). Os achados dessa dimensão reforçam que o governo de Minas Gerais, apesar de uma proposta com pontos diferenciados, conduz a política de APS do Estado com financiamento (insuficiente para melhorar a estrutura a curto prazo), a emissão de resoluções doutrinárias, e agora, de contratos sob a pena de perda do financiamento da APS pelo nível estadual.

Por outro lado, o financiamento do PSC traz uma vantagem relacionada à equidade. O valor do incentivo do município por ESF é definido de acordo com indicadores elaborados pelo Estado que levam em conta os índices de necessidade de saúde e de porte econômico (29). Essa também é uma atitude parecida com a do governo federal para a atenção básica, que considera o uso de indicadores de condições sociais para definir os repasses aos municípios (102). Isso é evidenciado na definição de recursos para assentamentos, remanescentes de quilombos e de acordo com o número de habitantes do município pela esfera federal (9).

A dimensão sistema de informação foi outra que apresentou um resultado avançado (mediana igual a 2). No Brasil, o registro de informações do PSF é comumente realizado desde 1998, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (103). Baseado na informação de que nenhuma ESF possui computadores (tabelas 47, 49 e 56 no apêndice), conclui-se que a alimentação da base de dados ocorre de forma centralizada no município.

Apesar de um resultado satisfatório, a discussão com relação ao sistema de informação pauta-se na necessidade de padronização das ESF quanto às ações dessa dimensão, pois se evidenciam processos incipientes, avançados ou ótimos nas ESF (tabela 86 no apêndice).

A centralização do sistema de informação municipal pode ser um dos fatores que explica a incipiência dos resultados identificados em algumas ESF (tabela 86 no apêndice). Isso pode ser evidenciado na alimentação dos sistemas de informação na periodicidade adequada e na utilização das informações para o planejamento do trabalho. Situação parecida é identificada em Ribeirão Preto em que o SIAB é centralizado. As ESF são consideradas como meros repassadores de dados ao nível central, sem fazer sua análise, o que traz por consequência limitação quanto à localização de problemas no território de atuação (103).

Por outro lado, é identificado que outras ESF (a maioria) possuem os processos implantados de forma avançada ou ótima. Tal fato traduz a ideia de que a centralização do Sistema de Informação não prejudica a alimentação do banco de dados e o planejamento do trabalho dessas ESF. Isso provavelmente é evidenciado pelo grau de mobilização e articulação das ESF e do nível central de gestão. Um estudo associado a outros métodos seria necessário para esclarecer melhor essa relação em Unaí.

O fato de associar metas do PSC ao financiamento da APS pode ser um dos fatores que tenham causado essa melhor articulação entre ESF e o nível central dos sistemas de informação em Unaí. Entretanto, vale esclarecer que o grau de articulação com o sistema de informação centralizado depende da iniciativa das ESF, pois conforme os dados dessa pesquisa, as ESF apresentaram diferentes graus de implantação dos processos nessa dimensão (tabela 86 no apêndice).

Na dimensão saúde da mulher o resultado apontou para processos avançados (mediana igual a 2). Nessa dimensão, as ações ligadas ao puerpério, prevenção do câncer de mama e prevenção do câncer de colo do útero são as mais bem implantadas (medianas igual a 2 ou 3). Entretanto, destaca-se a diferença estatística entre as ESF ($p=0,000$), evidenciando uma resposta diferente das ESF ao esperado pelo PDAPS. Isso é confirmado na tabela 87 no apêndice, onde se pode observar a diversidade de respostas nas ESF com relação a um mesmo item de verificação. Tal achado traduz que a atitude das ESF pode influenciar na implantação dos processos dessa dimensão, pois os indicadores referem-se ao processo de trabalho das ESF.

Na macroação direitos sexuais e reprodutivos é identificada a dificuldade de realizar ações com uma equipe profissional multidisciplinar (mediana igual a 1). Quando se fala em trabalho multidisciplinar têm-se uma ideia de relacionamento entre os profissionais de saúde, contudo, a multidisciplinaridade é caracterizada pelo trabalho de diferentes campos disciplinares dispostos isoladamente, porém, incorporados por um campo temático (104). O prontuário do paciente é um exemplo de um instrumento que permitiria um trabalho multidisciplinar na rede, pois mesmo sem contato, as informações nesse instrumento subsidiariam a continuidade do cuidado. Por isso, a não implantação do prontuário eletrônico pode ser um dos fatores que prejudica as ações multidisciplinares relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos na rede de atenção.

Ainda na macroação direitos sexuais e reprodutivos, a contracepção de emergência e a escolha do método pela usuária foram identificadas, respectivamente, medianas com escore igual a 0 e 1. As diversas respostas nesses itens de verificação corroboram com a ideia de que a mudança nos processos pode partir das próprias ESF (tabela 87 no apêndice).

Na macroação pré-natal destacam-se dois pontos: o início da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas (mediana igual a 0) e o acompanhamento da saúde bucal das gestantes (mediana igual a um).

A inexistência do início da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas nas UAPS é justificada por essa ação não ser uma proposta pelo PDAPS, que defende apenas o acompanhamento por meio de consultas e aconselhamento pós-teste nesse ambiente (56). Há, portanto, uma falha no instrumento de avaliação do PDAPS ao propor avaliar esse tipo de ação.

A inexistência de consultórios odontológicos em algumas unidades é um dos fatores que pode justificar a incipiência no acompanhamento da saúde bucal das gestantes. Entretanto, duas ESF, mesmo sem equipamentos odontológicos e equipe de saúde bucal realizam essa ação (tabela 87 no apêndice). Percebe-se que a iniciativa das ESF mesmo com suas limitações técnicas pode contribuir no cuidado com a saúde da população. Como as gestantes podem apresentar problemas gengivais devido à má higiene associada às alterações hormonais, o acompanhamento da saúde bucal é uma medida que promove a qualidade de vida (105).

Na macroação controle do câncer de mama foi identificado que a alimentação e a análise dos sistemas de informação é um processo incipiente (mediana igual a 1). Enquanto isso, na macroação prevenção do câncer do colo do útero, a alimentação e a análise dos sistemas de informação foi considerada um processo avançado (mediana igual a 2). É importante lembrar que a prevenção do colo do útero está ligada a um dos resultados pactuados pelo Termo de Compromisso do PSC, e caso não seja cumprido, incidirá sobre o financiamento da APS municipal. Por isso, o incentivo financeiro relacionado a uma meta pode influenciar no processo de trabalho adotado por uma ESF.

A macroação climatério apresenta somente um item de verificação e que foi avaliado como um processo incipiente de implantação (mediana igual a 1). Assim, como alguns itens de verificação da macrodimensão processos, sua efetiva

implantação depende do engajamento das ESF, pois foram identificadas diversas respostas na avaliação dessa ação.

Na dimensão saúde da criança foram encontrados ótimos processos (mediana igual a 3). Entretanto, a diferença estatística entre as ESF nessa dimensão aponta para a necessidade de alinhamento dos processos de trabalho inexistentes e incipientes nas ESF (escore 0 ou 1). Isso é reforçado pelo fato de a mediana, na maioria das ações avaliadas, estar voltada para o escore 2 ou 3.

A macroação vacinação foi aquela em que todas as ESF realizam as ações de forma avançada ou ótima (mediana igual a 2 ou 3). De todos os processos relacionados às metas do PSC (pré-natal, vacinação e controle do câncer do colo do útero), a vacinação foi a macroação melhor avaliada. Esse resultado, além de estar relacionado ao financiamento da APS em Minas Gerais, condiz com a ideia de que a imunização é uma ação historicamente estimulada em países em desenvolvimento, como o Brasil, após Conferência promovida pela Fundação Rockefeller em 1979 (8).

Nessa dimensão destaca-se ainda a necessidade de organização da programação de trabalho das ESF para a realização de consultas médicas e de enfermagem para as crianças com um, dois e até 5 anos, de acordo com os parâmetros adotados pela SESMG (mediana igual a 1).

Com relação ao acompanhamento da saúde bucal das crianças, ele é inexistente (mediana igual a 0). Fazendo uma comparação com o acompanhamento da saúde bucal das gestantes, identifica-se que nas gestantes essa ação apresenta uma melhor implantação (mediana igual a 1). O fato de a gestante identificar e expressar melhor suas necessidades pode ser um elemento que contribua para isso.

Assim como na avaliação das gestantes, a inexistência de equipamentos odontológicos e de recursos humanos para a saúde bucal pode explicar a não implantação dessa ação. Contudo, com relação às crianças, essa ação não é executada em duas ESF que possuem a estrutura para tal fim. Isso evidencia a necessidade de trabalho em equipe e de melhor programação das ações de saúde bucal. Outras duas ESF que não possuem estrutura para saúde bucal responderam que realizam essa ação de forma incipiente (mediana igual a 1). Percebe-se aqui a mobilização das ESF no sentido de valorizar a saúde bucal como um elemento que faz parte da saúde das crianças.

Considerando os dados apresentados para os processos de saúde da mulher e da criança, percebe-se que há uma tendência de organização em Unai voltada

para resultados nesses pontos, o que representa uma focalização das ações no cuidado materno-infantil.

Tanto em Unai, quanto na experiência de Janaúba (33) é identificada a intenção de organização de processos de implantação do PDAPS voltados para a saúde da mulher e da criança, mesmo com suas diferenças.

Quanto à proposta de avaliação dos processos pela SESMG, pode-se dizer que ela focaliza esses grupos, pois a maior quantidade de dados refere-se à saúde da mulher e da criança (70 em 129 itens).

Sousa e Hamann colocam que a focalização é possível em um modelo de APS como o Brasil, pois ela não impede a universalização da APS a todos os ciclos de vida, o que é bem característico do modelo do PSF no Brasil (14). Mesmo assim, o governo estadual precisa ter cuidado quanto à focalização na avaliação dos processos do PDAPS e na pactuação de metas no contrato de gestão em questões voltadas para a saúde da mulher e da criança, pois elas podem estimular um tipo de APS seletiva pelos profissionais das ESF, modelo este combatido pela OMS (6).

Para eliminar esse questionamento com relação ao PDAPS, as metas do contrato de gestão e do instrumento de avaliação deveriam contemplar a atenção aos adolescentes, adultos com tuberculose, hanseníase, AIDS e a saúde bucal, conforme é apresentado na oficina 4 (programação local), onde se percebe o intuito de uma atenção ampla, voltada para todos os ciclos de vida e envolvendo diversas condições (56).

É importante ressaltar que ao mesmo tempo em que o PDAPS suscita a possibilidade de uma APS seletiva, é notado sua intenção de resgatar a APS proposta em Alma Ata. Isso pode ser evidenciado pela utilização de critérios que valorizam a equidade no financiamento da APS no Estado (29), na estratificação de risco das famílias (55), na valorização das condições de saúde e ciclos de vida na programação local (56), na intenção de efetivação da rede de atenção (12), e nos resultados voltados para a sociedade, buscando aumentar a longevidade, reduzir a mortalidade e as incapacidades (62).

Com relação às diferenças estatísticas notada na macrodimensão processos e no conjunto das três macrodimensões (estrutura, processos e resultados) aponta-se que três atores no nível municipal podem contribuir para a redução dessas discrepâncias: os profissionais das ESF, a gerência da APS municipal e os facilitadores da implantação do PDAPS.

O envolvimento dos profissionais de saúde na mudança dos processos corrobora com o entendimento de Macinko e colaboradores, pois eles também são sujeitos que devem empregar esforços consideráveis para a renovação da APS (5).

Nessa concepção, aponta-se que os profissionais das ESF e o coordenador municipal precisariam conhecer e serem guiados no seu processo de trabalho pelas responsabilidades que esperam que eles assumam na estratégia Saúde da Família, conforme apresenta a PNAB (9). Os facilitadores precisariam assumir o seu papel por completo na identificação de eventuais problemas na implantação do PDAPS e na busca de soluções adequadas para a melhora da APS municipal (12). A identificação dos fatores que limitam o desempenho desses papéis poderia ser outro ponto a ser pesquisado, não contemplado pelo método adotado nesse estudo.

Considera-se que os resultados são uma consequência dos processos de trabalho adotados e da estrutura de acordo com Donabedian (75). Na avaliação da implantação do PDAPS, os indicadores da macrodimensão resultados também possuem essa lógica, ou seja, estão voltados para os efeitos da estruturação e alguns processos no território de atuação da ESF.

A macrodimensão resultados considerada satisfatória para o PDAPS seria aquela que tivesse todas as gestantes da área com o cartão atualizado e com a realização de sete ou mais consultas de pré-natal, 95% das crianças menores de um ano imunizadas com a vacina tetravalente, todas as mulheres com idade entre 25 e 59 anos com a realização de um exame citopatológico cérvico-vaginal a cada três anos, toda a população da área de abrangência cadastrada e as famílias classificadas segundo o risco, todos os idosos com plano de cuidado atualizado, o cadastramento e a classificação segundo o risco dos hipertensos, diabéticos e idosos pactuados na Planilha de Programação Local, o alcance do quantitativo de primeiras consultas odontológicas pactuadas, avaliação de risco em saúde bucal e de escovação supervisionada pactuado na Planilha de Programação Local, e tratamento odontológico completado em mais de 90% dos usuários em relação à primeira consulta odontológica.

Na macrodimensão resultados é interessante observar que os itens de verificação foram compostos não pelos tradicionais indicadores de saúde como índices de mortalidade e morbidade, mas por indicadores ligados à organização da atenção para gestantes, vacinação infantil, cadastramento e classificação das famílias segundo o risco, hipertensos, diabéticos, idosos e para a saúde bucal (77).

Essa constitui uma inovação do PDAPS, pois esses indicadores possuem um cunho voltado para a vigilância à saúde desses grupos. Imagina-se que o controle desses indicadores possa incidir sobre o objetivo-síntese do PDAPS que é reduzir a taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (12).

Nessa macrodimensão há uma ampliação da avaliação quando comparada com aquela para a macrodimensão processos, mas ainda fica de fora a avaliação nos grupos referentes à saúde dos adolescentes, adultos com tuberculose, hanseníase, AIDS e aquelas ligadas à saúde mental.

Nesta pesquisa, os dados mostram que os processos (mediana igual a 2) apresentam uma proximidade maior com os resultados (mediana também igual a 2) do que a estrutura, que apresentou mediana igual a 1. Tais dados corroboram para a ideia de que mesmo com uma estrutura incipiente, o município avançou nos processos de trabalho das ESF e obteve resultados que caracterizam uma organização da atenção de forma avançada. O fato de não existir diferença estatística entre as ESF nessa macrodimensão revela que as ESF comportam-se de forma aproximada.

Na macrodimensão resultados é verificado o estabelecimento de melhor desempenho relacionado aos indicadores ligados à saúde da mulher, criança, e organização para atenção aos hipertensos e diabéticos (mediana igual a 2 ou 3). Os resultados com relação à saúde da mulher e da criança confirmam a ênfase da organização da atenção à saúde do município quanto à estrutura e processos voltados para esses dois grupos. O cadastramento da população e classificação das famílias segundo o risco foi uma das medidas implantadas pelo PDAPS em que o resultado mostra adesão das ESF (mediana 3 e 2 respectivamente). Os dados relativos à atenção aos hipertensos e diabéticos mostram que as ESF começam a trabalhar com base no perfil epidemiológico de Minas Gerais, que apresenta 66% das doenças relacionadas às condições crônicas (12).

Em relação à atenção aos idosos os resultados (mediana igual a 1 e 2) apontam para a necessidade de aprimorar a organização para a prestação do cuidado no nível municipal, haja vista o Estado estar passando por um momento de transição demográfica, em que se prevê que aproximadamente 15% da população mineira seja de idosos em 2023 (12).

Os resultados com relação à saúde bucal (medianas iguais a 0) confirmam que há necessidade de uma mobilização maior dos agentes políticos e gestores,

pois a maioria das ESF não possui ambientes, equipamentos e recursos humanos suficientes para oferecer os serviços à população. Tal fato mostra que no município a saúde bucal não acompanhou a implantação da estratégia Saúde da Família como modelo reorganizador da atenção básica, conforme proposta do Ministério da Saúde desde 2001 (18). A exclusão da saúde bucal do modelo de Saúde da Família não condiz com o modelo adotado pelo Brasil para o cuidado primário à saúde (106).

A ESF Mamoeiro foi aquela que apresentou o melhor desempenho na macrodimensão resultados (maior média e mediana). Esse dado associado com o melhor desempenho na avaliação da estrutura (mediana igual a 1) e dos processos (mediana igual a 3), fazem com que seja entendido que nessa ESF há um maior grau de mobilização de acordo com as propostas do PDAPS. Isso reforça mais uma vez, a ideia de que o posicionamento das ESF perante o PDAPS é fundamental para sua implantação.

Uma das limitações do processo de implantação do PDAPS refere-se à dificuldade de aplicabilidade das oficinas e de seus conteúdos para profissionais das Unidades de Saúde Convencionais em Unaí, pois nelas funciona um modelo tradicional de APS sem foco na família, mas na doença do indivíduo. Além disso, em Unaí, não houve inserção da APS tradicional ao PDAPS, o que levou o recorte desse estudo às ESF.

Observou-se que a utilização apenas do questionário para a coleta de dados da pesquisa limitou a discussão, não proporcionou um aprofundamento nas análises, mas apontou algumas perspectivas que fazem parte do processo de implantação do PDAPS e da APS.

Com relação ao uso de dados secundários na pesquisa aponta-se a possibilidade de vieses devido ao fato das ESF apresentarem profissionais contratados. Os escores escolhidos na pontuação poderiam desse modo, valorar de uma forma muito positiva, devido ao receio das respostas influenciarem na contratação do profissional, mesmo que eles tenham passado por um processo seletivo para contratação temporária. O risco ocorre também se o profissional resolver demonstrar sua insatisfação quanto às decisões político-administrativas que influenciam na operacionalização do modelo do Saúde da Família.

Quanto ao instrumento de avaliação aponta-se também a sua falta de objetividade em alguns pontos, mas principalmente na dimensão processos. Isso é justificado por alguns itens de verificação apresentar em mais de um aspecto

avaliado, o que causa confusão à ESF no momento de decidir sua opção de resposta.

Para uma melhor avaliação da implantação do PDAPS há necessidade de associar outros métodos e de aperfeiçoar o instrumento de avaliação da SESMG em alguns pontos, para assim, identificar com maior precisão os fatores que interferem na implantação do PDAPS.

7 CONCLUSÃO

A implantação do PDAPS em Unaí foi considerada incipiente, sobretudo devido à precariedade da infraestrutura, que não oferece condições adequadas para o desempenho das atividades nas Unidades.

Entre os avanços propostos para a estrutura da APS em Unaí aponta-se o investimento financeiro para construção de uma UAPS, aquisição de equipamentos e insumos, a definição de Linhas-guia para atenção à saúde dos diferentes ciclos de vida e condições de saúde e a implantação do Canal Minas Saúde.

Evidenciou-se a necessidade de maior atenção dos atores envolvidos na implantação do PDAPS para com as dimensões ambiente, equipamentos, recursos tecnológicos e ações educacionais, pois em todas ESF a maioria dos dados referia-se a estruturas inexistentes. A falta de recursos humanos, ambientes e equipamentos para a área de saúde bucal impede sua inserção na estratégia Saúde da Família.

Os avanços quanto aos processos estiveram relacionados ao cadastramento da população; classificação de risco das famílias; estratificação de risco para hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adultos e idosos; implantação do contrato de gestão; alimentação do sistema de informação (central); ações para a saúde da mulher e da criança em grau avançado e ótimo respectivamente; e organização para atenção aos hipertensos e diabéticos.

Identificou-se a dificuldade para a construção das redes de atenção; no estabelecimento dos princípios da APS pelas ESF; na implantação das Linhas-guia, dos protocolos clínicos validados, da planilha de programação local, no acolhimento com classificação de risco pelo Sistema de Manchester, dos instrumentos de abordagem familiar e do prontuário eletrônico; no desenvolvimento dos serviços de apoio diagnóstico nas UAPS; no conhecimento das famílias pelas ESF e no monitoramento.

Na macrodimensão resultados observou-se melhor desempenho com relação à saúde da mulher e da criança, ao cadastramento e classificação de risco das famílias segundo o risco e organização para atenção aos hipertensos e diabéticos. Percebeu-se a necessidade de aprimoramento para a atenção aos idosos e implantação da área de saúde bucal nas ESF.

As diferenças estatísticas entre as ESF nas dimensões insumos, princípios da APS, programação local, monitoramento, saúde da mulher e da criança, na macrodimensão processos e no conjunto das macrodimensões (estrutura, processos e resultados) evidenciam que a atitude dos profissionais e das ESF é um dos fatores que podem influenciar na implantação do PDAPS.

A ESF que apresentou o melhor desempenho na implantação do PDAPS em Unaí foi a ESF Mamoeiro, caracterizada por uma estrutura incipiente, processos ótimos e resultados entre avançado e ótimo.

Os dados desta pesquisa permitem afirmar que há dificuldade das ESF comunicarem com outros pontos de atenção, para executarem o papel de coordenadora da atenção ao usuário na rede de atenção à saúde, bem como, limitações quanto ao conhecimento das famílias, focalização das ações para a saúde da mulher e da criança e a não incorporação dos serviços de saúde bucal.

Em suma, o PDAPS continua a requerer investimentos, principalmente, para melhoria das estruturas. Apesar dos processos e dos resultados apresentarem melhor grau de implantação, eles podem ser melhorados, de forma que as ESF possam vislumbrar o alcance da integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
- (2) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1978 [acesso em 2011 Abr 18]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- (3) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502.
- (4) Starfield B. Primary care: the filter. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):144-51.
- (5) Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C y grupo de trabajo de atención primaria de salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73-84.
- (6) Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) [Internet]. Washington: PAHO; 2007 [acesso em 2011 Abr 19]. Disponível em: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>
- (7) Aleixo JL. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Rev Min Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 Jan-Jun [acesso em 2011 Abr 3];(1):[aproximadamente 16 p.]. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp_content/uploads/2009/07/revista01.pdf.
- (8) Cueto M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Am J Public Health*. 2004 Nov;94(11):1864-74.

(9) BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria648.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2006.

(10) BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS 2001). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/noas_2001.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2006.

(11) Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006 Jun;22(6):1171-81.

(12) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(13) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: análise da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(14) Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Sup 1):1325-35.

(15) Sousa MF. Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007.

(16) Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p.575-625.

(17) BRASIL. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em 18 mar. 2011.

(18) Ministério da Saúde (Brasil). Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

(19) Teixeira CF, Solla JP. Gestão do processo de implantação do programa de saúde da família no município de Vitória da Conquista, Bahia, 1998-2002. In: Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. p. 169-207.

(20) Mendonça AVM, Sousa MF, Santana P. Dez anos do PSF em Camaragibe: eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES; 2004.

(21) Pimenta AL. Atenção Básica como Eixo Estruturante do Sistema Local de Saúde de Amparo-SP. *Divulg Saúde Debate*. 2005 Maio;(32):36-45.

(22) Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ*. 2010;341:c4945.

(23) Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S7-27.

(24) Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *RAP*. 2005 Mar-Abr;39(2):327-49.

(25) Tribunal de Contas da União (Brasil). Avaliação do Programa de Saúde da Família - PSF. Brasília: Tribunal de Contas da União/Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2002 [acesso em 2011 Mar 18]. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/683713.PDF>.

(26) Tribunal de Contas da União (Brasil). Relatório de monitoramento: Programa Saúde da Família. Brasília: Tribunal de Contas da União/Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2006 [acesso em 2011 Mar 18]. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/690418.PDF>.

(27) Campos GWS. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. Cad. Saúde Pública. 2008;24(Sup 1):S17-9.

(28) Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte: [editor desconhecido]; 2009.

(29) Leles FAG, Matos MAB, Mayer LM. Atenção Primária à Saúde – Saúde em Casa: melhorando a qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros. In: Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVCP. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009. p.45-77.

(30) MINAS GERAIS (Estado). Resolução nº 661, de 22 de março de 2005. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde; 2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2005/resolucao_0661b.pdf. Acesso em: 18 mar. 2011.

(31) Prefeitura Municipal de Unaí (MG), Secretaria Municipal da Fazenda e Planejamento. Plano Plurianual 2010-2013. Unaí: Prefeitura Municipal de Unaí (MG); 2009.

(32) Saúde da Família em Uberlândia: quem ainda não tem quer ter e quem já tem não quer perder. Rev Bras Saúde Fam. 2009 Abr-Jun;(22):26-33.

(33) Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud em Janaúba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red viva vida. RISAI [periódico na Internet]. 2008

[acesso em 2011 Mar 14];1(2):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=risai>.

(34) Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

(35) Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, et al. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. Rev salud pública. 2010;12(1):77-88.

(36) World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever [Internet]. Geneva: World Health Organization;2008 [acesso em 2011 Abr 19]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf.

(37) Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2539-50.

(38) BRASIL. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229impressao.htm>. Acesso em: 24 mar. 2011.

(39) Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Espaço Saúde. 2006 Dez;8(1):13-9.

(40) BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

(41) BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei8080_19_09_90.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2006.

(42) BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei8142_28_12_90.pdf>.

Acesso em: 01 fev. 2006.

(43) Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2005 Nov-Dez;13(6):1027-34.

(44) Ministério da Saúde (Brasil). Norma Operacional Básica / NOB-96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 [acesso em 2006 Fev 01]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/nob96.pdf>.

(45) BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (Norma Operacional de Assistência à Saúde/ NOAS 2002). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/noas_2002.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2006.

(46) Hubner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis*. 2007;17(1): 173-91.

(47) Fernandes BS. A política de saúde da Secretaria de Estado de Minas Gerais. *Rev Min Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Jan-Dez [acesso em 2011 Abr 03];(2/3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp_content/uploads/2009/07/revista02_e03.pdf.

(48) Mendes EV. A estrutura funcional dos sistemas de serviços de saúde. In: Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. p. 53-9.

(49) Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Programa Saúde em Casa [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2011 [acesso 2011 Mar 30]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa.

(50) Silva MVCP, Tavares Júnior F, Mendes EV. Bases conceituais e programáticas do choque de gestão na saúde em Minas Gerais. In: Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVCP. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009. p. 29-44.

(51) Minas Gerais. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão; 2007.

(52) Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciên Saúde Coletiva. 2010;15(5):2307-16.

(53) Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: [editor desconhecido]; 2007.

(54) Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305.

(55) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(56) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: programação local e municipal. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(57) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: acolhimento e classificação de risco. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(58) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: abordagem familiar. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

(59) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: o contrato de gestão. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

(60) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: o sistema de apoio diagnóstico laboratorial. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

(61) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

(62) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: monitoramento e avaliação. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

(63) Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família em Curitiba, PR. Saúde Soc. 2009;18(3):515-24.

(64) MINAS GERAIS (Estado). Resolução nº 1935, de 08 de julho de 2009. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2009/resolucao_1935.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

(65) MINAS GERAIS (Estado). Resolução nº 1904, de 16 de junho de 2009. Divulga os municípios contemplados com recursos para melhoria da infra-estrutura física da Atenção Primária à Saúde / construção de Unidades Básicas Tipo 1, Tipo 2 e Tipo 3, no âmbito do Projeto Estruturador Saúde em Casa observada a Resolução SES/MG nº 1794 de 11 de março de 2009. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2009/resolucao_1904.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2010.

(66) MINAS GERAIS (Estado). Resolução nº 2334 de 08 de junho de 2010. Define o valor do incentivo financeiro por município para implantação do Protocolo de Classificação de Risco em Urgência e Emergência – Sistema Manchester. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2009. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2010/resolucao_2334.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

(67) MINAS GERAIS (Estado). Resolução nº 1494 de 28 de maio de 2008. Institui o Programa de Educação Permanente à Distância – PEPD, para Profissionais do Sistema Único de Saúde /SUS-MG. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2008/resolucao_1494.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

(68) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Cidades [Internet]. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [acesso em 2011 Mar 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

(69) Prefeitura Municipal de Unaí (MG). Guia turístico de Unaí-MG 2004-2005. Unaí: Diplomata; 2004.

(70) Gonçalves MT. Hunay de ontem e Unaí de hoje. Belo Horizonte: Arte Quintal; 1990.

(71) Mello AO. Unaí: rumo às veredas urucuianas. Unaí: Prefeitura Municipal de Unaí; 1988.

(72) Prefeitura Municipal de Unaí. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil: diagnóstico do município de Unaí. Unaí: Prefeitura municipal de Unaí/Secretaria Municipal da Fazenda e Planejamento; 2005.

(73) UNAÍ (MG). Lei nº 2080, de 3 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Cargos e Carreiras da Prefeitura Municipal de Unaí-MG, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências. Unaí: Prefeitura Municipal de Unaí; 2003.

(74) UNAÍ (MG). Lei nº 2186, de 30 de janeiro de 2004. Dispõe sobre os cargos e carreiras dos serviços de saúde do poder executivo e dá outras providências. Unaí: Prefeitura Municipal de Unaí; 2004.

(75) Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance. In: Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003. p. 45-58.

(76) Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee JVD, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 Mar 14];10(65):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-65.pdf>.

(77) Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Melhoria contínua aplicada ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.

(78) Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005 Dez;5(Supl 1):S63-9.

(79) Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1239-50.

(80) Menicucci TMG. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Soc*. 2006;15(2):72-87.

(81) BRASIL. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria650_28_03_06.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2011.

(82) BRASIL. Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na

Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_2372_07_10_09.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2011.

(83) Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Linhas-guia [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2011 [acesso 2011 Mar 30]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>.

(84) BRASIL. Portaria nº 3.178, de 19 de outubro de 2010. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3178_19_10_10.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2011.

(85) Busse R. Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Aff.* 2004 Maio-Jun;23(3):56-67.

(86) Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health.* 1980;70(2):117-9.

(87) Solinís RN. Un breve recorrido por la Atención Integrada. RISAI [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Mar 14];1(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=risai>.

(88) Puig PL, Suárez IRM, Menchaca SL, Trujillo NM, López SL, Cárdenas SFS. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Rev Cuba Salud Pública.* 2009;35(4):34-43.

(89) Bengoa R. Empantanados. RISAI [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Mar 14];1(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=risai>.

(90) Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

(91) Shimizu HE, Dytz JL, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 Out;12(5):713-20.

(92) Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

(93) Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 Fev;19(1):26-33.

(94) Shield RR, Goldman RE, Anthony DA, Wang N, Doyle RJ, Borkan J. Gradual electronic health record implementation: new insights on physician and patient adaptation. *Ann Fam Med*. 2010 Jul-Ago;8(4):316-26.

(95) Organização Pan-Americana da Saúde. Enfoque dos estudos de caso do laboratório. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 57-116.

(96) Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004 Jul-Set;4(3):317-21.

(97) Benito GAV, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2007 Mai-Jun;60(3):312-6.

(98) Di Villarosa FN. A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Cooperação Italiana em Saúde; 1993.

(99) Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance from concept to practice. *JAMA*. 2005 Out;294(14):1788-93.

(100) McDonald R, Roland M. Pay for performance in Primary Care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med*. 2009 Mar-Abr;7(2):121-7.

(101) Teixeira CF, Solla JP. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 59-83.

(102) Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010 Abr;26(4):693-705.

(103) Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Nov-Dez;21(6):1821-28.

(104) Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1997;11(1/2):5-20.

(105) Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção em Saúde Bucal*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2006 [acesso em 2011 Mar 18]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhaGuiaSaudeBucal.zip>.

(106) Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 23-36.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **158/10**

Título do Projeto: “Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde: um estudo de caso”.

Pesquisador Responsável: Luciano José Arantes

Data da Entrada: 29/11/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **158/10** com o título: “Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde: um estudo de caso”, analisado na 1ª Reunião Ordinária, realizada no dia 1º de fevereiro de 2011.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 1º de fevereiro de 2011.

Prof. Natan Mense de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB

Tabela 52 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de curativos pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA								MÉDIA	MEDIANA	
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista			Divineia
1.1.7	Ambiente	Sala de curativos, contendo bancada com pia para despejo (separada por divisória ou afastada da bancada com pia)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.2.7	Equipamentos	3 Cubas rim	3	3	3	1	2	3	2	1	3	2,3333	3
		4 Cubas redondas	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,2222	0
		2 Bacias inox 30 cm	0	0	0	0	1	3	3	1	0	0,8889	0
		3 Cabos de bisturi	1	0	0	2	1	2	0	3	0	1	1
		2 Tesouras pontas finas 10 cm	3	1	1	1	2	1	1	1	3	1,5556	1
		12 Pinças anatômicas 16 cm	1	0	0	1	2	2	2	1	1	1,1111	1
		12 Pinças hemostáticas 16 cm	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1,1111	1
		6 Pinças dissecação dente de rato 14 cm	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1,4444	1
		3 Tesouras retas 14 cm (2 ponta fina 1 ponta romba)	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0,5556	1
		3 Tesouras curvas 14 cm (2 ponta fina 1 romba)	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0,5556	0
		2 Tambores médios	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0,3333	0
		1 Mesa clínica	0	1	1	0	0	0	3	2	3	1,1111	1
		1 Escada de 2 degraus	3	1	1	0	1	3	3	1	3	1,7778	1
		1 Carrinho de curativos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,1111	0
		3 Cadeiras	1	0	0	1	0	3	0	2	1	0,8889	1
		1 Mesa auxiliar com bandeja inox	0	0	0	0	2	3	3	0	3	1,2222	0
		1 Foco com haste flexível	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0,5556	0
		1 Armário de aço com 2 portas	1	0	0	2	0	3	0	2	1	1	1
		2 Baldes cilíndricos com tampa e pedal	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1,5556	1
		1 Suporte para membros (tipo pedicure)	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0,6667	0
		1 Mesa tipo escritório com gavetas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,1111	0
		1 Dispensador de sabonete líquido	3	0	0	3	1	3	3	2	0	1,6667	2
		1 Dispensador de papel toalha	3	3	3	3	1	0	3	2	3	2,3333	3

Tabela 53 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de coleta de materiais pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.8	Ambiente	Sala de coleta de materiais, contendo bancada com pia e armário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2.8	Equipamentos	1 Mesa auxiliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1 Cadeira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1 Braçadeira	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0,5556	0
		1 Mesa clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1 Armário com prateleiras	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,1111	0
		1 Balde com tampa e pedal	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,1111	0
		1 Dispensador de sabonete líquido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 Dispensador de papel toalha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Continua

Tabela 54 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de vacinação pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.9	Ambiente	Sala de vacinação, contendo bancada com pia e armário	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1,5556	2
1.2.9	Equipamentos	Refrigerador de 280 litros ou câmara para vacina de 340 l (Tipo I - ; Tipo II e III - 2)	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2,6667	3
		Termômetro de registro de temperatura máxima e mínima (Tipo I - 1; Tipo II e III - 2)	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2,6667	3
		2 Caixas térmicas 12 litros	2	1	1	3	2	2	2	3	3	2,1111	2
		2 Termômetros com cabo extensor	3	1	1	3	2	3	3	2	3	2,3333	3
		1 Mesa tipo escritório com gavetas	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0,5556	0
		3 Cadeiras	2	0	0	3	0	2	1	0	1	1	1
1 Mesa clínica	0	3	3	3	2	0	3	3	1	2	3		

Continuação

Tabela 54 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de vacinação pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA								MÉDIA	MEDIANA	
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista			Divineia
1.2.9	Equipamentos	2 Armários de mesa (20 x 30 cm)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1111	0
		1 Fichário rotativo	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0,5556	0
		1 Balde cilíndrico porta detrito com pedal e tampa	3	2	2	1	0	3	3	2	1	1,8889	2
		1 Armário vitrine	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0,6667	0
		1 Arquivo tipo gaveta	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0,4444	0
		1 Cadeira giratória com braços	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1 Bandeja de aço inoxidável	3	1	1	2	2	0	0	3	3	1,6667	2
		Bandejas plásticas perfuradas ou porta-talher de plástico	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2,6667	3
		1 Dispensador de sabonete líquido	3	1	1	3	1	3	3	3	3	2,3333	3
		1 Dispensador de papel toalha	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2,8889	3
1.3.1	Insumos	Agulhas descartáveis (várias especificações)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Álcool 70%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Algodão	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Boletim Diário de doses aplicadas de vacinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Boletim Mensal de doses aplicadas de vacinas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Borracha	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Caneta	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,7778	3
		Cartão de controle ou ficha de registro	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Cartão de vacina	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2,7778	3
		Ficha de investigação dos Efeitos Adversos pelo serviço de saúde (aerograma, gráfico de cobertura vacinal, etc)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Formulário para Avaliação de Vacinas sob Suspeita	3	3	3	3	3	3	0	1	3	2,4444	3
		Garrafas plásticas com água e corante	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Gelo reciclável	3	1	1	3	3	3	3	3	2	2,4444	3

Conclusão

Tabela 54 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de vacinação pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.3.1	Insumos	Imunobiológicos	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2,5556	3
		Lápis	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2,8889	3
		Lençóis	3	1	1	3	0	0	3	1	3	1,6667	1
		Luvas para procedimento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Movimento Mensal de Imunobiológicos	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2,7778	3
		Papel para forrar maca	3	3	3	0	0	0	3	0	3	1,6667	3
		Papel toalha	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2,5556	3
		Sabão líquido neutro	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2,7778	3
		Sacos para lixo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Seringas descartáveis (várias especificações)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		

Continua

Tabela 55 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do consultório ginecológico pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA	
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia			
1.1.10	Ambiente	Consultório Ginecológico com sanitário anexo, contendo lavatório	3	3	3	1	2	3	1	3	3	2,4444	3	
1.2.10	Equipamentos	10 Espéculos Collin nº 1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2,7778	3	
		8 Espéculos Collin nº 2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2,8889	3	
		2 Espéculos Collin nº 3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	2,6667	3	
		20 Pinças Cheron 25 cm	1	1	1	3	0	1	1	0	1	1	1	
		5 Pinças Pozzi ou Museaux 25 cm	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1111	0
		1 Fita métrica comum (inelástica)	3	3	3	3	3	3	0	3	3	2,6667	3	
		1 Mesa tipo escritório com gavetas	3	0	0	3	3	3	0	3	3	2	3	
2 Cadeiras	3	3	3	1	3	3	0	3	3	2,4444	3			

Tabela 57 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do consultório odontológico pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.12	Ambiente	Consultório Odontológico, contendo bancada com pia e lavatório, torneiras com acionamento indireto	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
1.2.12	Equipamentos	1 Aparelho fotopolimerizador	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Amalgamador	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Compressor (com filtro de ar)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		Cadeira odontológica (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		Equipo odontológico com seringa tríplice, caneta de alta rotação, micromotor e mesa auxiliar (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Autoclave (no caso de não haver esterilização na unidade)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		Mochos (Tipo I - 2; Tipo II - 4; Tipo III - 6)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		Refletor (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		Unidade auxiliar - cuspeira e sugador (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Jato de bicarbonato	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Ultrassom odontológico	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
		1 Armário fechado de aço	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0,6667	0
		1 Mesa tipo escritório com gavetas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2 Cadeiras	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0,2222	0
		2 Lixeiras com pedal	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0,8889	0
1 Dispensador de sabonete líquido	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0		
1 Dispensador de papel toalha	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0		

Tabela 60 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura das salas de lavagem e desinfecção de materiais/esterilização pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.15	Ambiente	Sala de Lavagem e Desinfecção de materiais, contendo bancada com pia e pia de despejo, com tubulação de esgoto com diâmetro mínimo de 75 mm	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,1111	0
1.1.16	Ambiente	Sala de Esterilização, contendo lavatório e bancada seca (Em caso de outro local ser regularizado pela VISA, considerar pontuação 3)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1.2.15	Equipamentos	1 Autoclave horizontal (75 litros)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 61 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de depósito de material de limpeza pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.17	Ambiente	DML - Depósito de Material de Limpeza, contendo tanque	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,1111	0
1.2.16	Equipamentos	Armário / prateleira	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,2222	0

Tabela 62 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da rouparia pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.18	Ambiente	Rouparia ou armário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2.17	Equipamentos	Armário	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3333	0

Tabela 63 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da copa pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.19	Ambiente	Copa contendo bancada com pia	3	1	1	1	1	1	2	0	1	1,2222	1
1.2.18	Equipamentos	1 Geladeira para uso doméstico	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0,7778	0
		1 Fogão 4 bocas	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1,4444	1
		1 Botijão de gás	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2,7778	3
		1 Bancada dobrável com banquetas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 64 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do banheiro / vestiário para funcionários pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.20	Ambiente	Banheiros / Vestiários de Funcionários, diferenciados por sexo, providos de lavatório e bacia sanitária em boxes	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0,3333	0
1.2.19	Equipamentos	Chuveiro	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0,2222	0
		Escaninhos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1 Dispensador de sabonete líquido	0	0	0	2	0	3	0	3	3	1,2222	0
		1 Dispensador de papel toalha	0	0	0	3	0	0	3	3	3	1,3333	0

Tabela 65 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura do almoxarifado pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.21	Ambiente	Almoxarifado	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0,3333	0
1.2.20	Equipamentos	Prateleiras	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0,6667	1

Tabela 70 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura da sala de gerente pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.1.26	Ambiente	Sala de gerente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2.24	Equipamentos	Armários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mesa tipo escritório com gavetas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Cadeiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1.3. Outros Insumos

Tabela 71 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação de outros insumos da estrutura pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.3.3	Dispõe de insumos básicos para o desenvolvimento das outras ações de saúde	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1,6667	2
1.3.4	Dispõe dos medicamentos básicos	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1111	2
1.3.5	Dispõe de material impresso para o desenvolvimento das ações de saúde	3	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2
1.3.6	Dispõe de material para escritório	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2,1111	2

1.5 Recursos Humanos

Tabela 73 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura, referente aos recursos humanos pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.5.1	Médico	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2,5556	3
1.5.2	Enfermeiro	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,8889	3
1.5.3	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	3	1	1	3	1	1	3	3	3	2,1111	3
1.5.4	ACS	3	1	1	3	1	3	3	3	3	2,3333	3
1.5.5	Odontólogo	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0,6667	0
1.5.6	Técnico de Saúde Bucal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5.7	Auxiliar de Saúde Bucal	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
1.5.8	Auxiliar Administrativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5.9	Gerente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5.10	Coordenador Atenção Primária	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1,7778	2
1.5.11	NASF ou outros profissionais de apoio	3	2	2	2	1	3	2	2	3	2,2222	2

1.6 Ações Educacionais

Tabela 74 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação da estrutura, referente às ações educacionais pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
1.6.1	Os ACS concluíram o 1º módulo do curso de formação inicial	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0,8889	1
1.6.2	Médico concluiu especialização em Saúde da Família	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0,7778	0
1.6.3	Enfermeiro concluiu especialização em Saúde da Família	0	1	3	3	3	0	0	0	0	1,1111	0
1.6.4	Odontólogo concluiu especialização em Saúde da Família	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0,5556	0
1.6.5	Os médicos da equipe participam regularmente do PEP	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,1111	0
1.6.6	Os profissionais da equipe participam do Curso de Gestão da Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6.7	Os profissionais assistem às aulas do Canal Minas Saúde	0	0	0	3	3	3	2	2	2	1,6667	2

PARTE 2 - MACRODIMENSÃO PROCESSOS

2.1 Redes de Atenção à Saúde

Tabela 75 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados às redes de atenção à saúde pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.1.1	A equipe tem conhecimento claro dos protocolos de atenção de referência secundária e terciária distintas das redes temáticas de atenção no seu território sanitário	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1,5556	1
2.1.2	A equipe tem acesso a todos os exames laboratoriais elencados nos protocolos de atendimento da APS	0	1	1	2	0	2	1	0	1	0,8889	1
	A equipe tem acesso a todos os exames de imagem elencados nos protocolos de atendimento da APS	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0,4444	0
2.1.3	A equipe tem acesso rápido ao sistema de regulação e recebe resposta rápida	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,2222	0
2.1.4	A equipe tem acesso rápido a um sistema de transporte que garanta o fluxo dos usuários na rede	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1,1111	1
2.1.5	A equipe tem programação da rede de atenção à mulher e criança organizada e pactuada com os outros pontos de atenção	2	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1
2.1.6	A equipe tem a programação da rede de atenção às urgências e emergências organizada e pactuada com os outros pontos de atenção	3	1	1	1	0	1	0	0	1	0,8889	1

2.2 Princípios da APS

Tabela 76 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados aos princípios da Atenção Primária à Saúde pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.2.1	A equipe está corretamente dimensionada (dentro dos parâmetros) em relação à sua população adscrita	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1,5556	1
2.2.2	A equipe conhece os princípios da APS e discute internamente estratégias para melhor responder aos mesmos	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1,4444	1
2.2.3	A equipe fez a avaliação qualitativa da APS conforme instrumento da Oficina 2 do PDAPS	2	1	1	2	1	1	3	2	1	1,5556	1
2.2.4	A equipe estruturou o seu Plano de Fortalecimento da APS a partir das constatações da avaliação qualitativa	3	1	1	2	0	2	1	1	1	1,3333	1
2.2.5	A equipe realiza as ações programadas no Plano de Fortalecimento da APS	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1,4444	1

2.3 Diagnóstico Local

Tabela 77 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao diagnóstico local pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.3.1	Toda população adscrita à área de abrangência da equipe foi cadastrada ou teve seu cadastro atualizado conforme a Ficha A modificada	1	2	2	2	3	3	3	2	1	2,1111	2
2.3.2	Todas as famílias da área de abrangência da equipe são estratificadas segundo o risco	1	1	1	3	3	2	3	2	2	2	2
2.3.3	A equipe utiliza o mapa inteligente da sua área de abrangência	1	0	0	1	0	3	0	2	1	0,8889	1
2.3.4	A equipe atualiza o diagnóstico local de sua área de abrangência	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1,4444	1

2.4 Programação Local

Tabela 78 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à programação local pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.4.1	A equipe implantou as Linhas-Guia da SES/MG ou protocolos próprios validados	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0,3333	0
	A equipe implantou protocolos próprios validados	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,1111	0
A equipe estratifica o risco da população com condições crônicas:												
2.4.2	Hipertensão	1	2	2	3	3	3	3	0	2	2,1111	2
2.4.3	Diabetes	1	2	2	3	3	3	3	0	2	2,1111	2
2.4.4	Gestantes	1	2	2	3	3	3	3	0	2	2,1111	2
2.4.5	Saúde Bucal	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0,4444	0
2.4.6	Criança	1	2	2	3	1	3	3	0	2	1,8889	2
2.4.7	Adolescente	1	1	1	3	1	2	3	0	1	1,4444	1
2.4.8	Adulto	1	2	2	3	1	3	3	0	2	1,8889	2
2.4.9	Idoso	1	2	2	3	1	3	3	0	2	1,8889	2
2.4.10	A equipe estruturou a sua planilha de programação local	1	1	1	3	1	2	3	1	1	1,5556	1
2.4.11	A equipe realiza as ações programadas	1	2	2	3	1	2	3	1	1	1,7778	2

2.5 Acolhimento e Classificação de Risco - Protocolo de Manchester

Tabela 79 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao acolhimento e classificação de risco pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.5.1	A equipe tem os princípios do acolhimento como cultura em todos os momentos da atenção ao usuário	0	1	1	3	3	3	3	2	1	1,8889	2
2.5.2	A equipe tem organizados os processos de acolhimento de cidadãos com demanda espontânea ao serviço	1	1	1	3	3	3	3	2	1	2	2
2.5.3	A equipe utiliza o Protocolo de Manchester para classificação de risco das urgências e emergências	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2222	0
2.5.4	A equipe tem agenda implantada, com espaço para as ações de atenção à demanda espontânea e as ações programadas	3	1	1	3	0	2	3	2	1	1,7778	2
2.5.5	Essa agenda foi apresentada e pactuada junto à SMS e ao Conselho Local de Saúde	3	2	2	3	0	3	0	2	1	1,7778	2

2.6 Apoio Diagnóstico

Tabela 80 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao apoio diagnóstico pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.6.1	Protocolos clínicos dos exames laboratoriais implantados	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1111	0
2.6.2	A equipe organiza as fases pré e pós-analíticas do apoio diagnóstico	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0,4444	0
2.6.3	Exames laboratoriais programados pela equipe	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0,4444	0

2.7 Abordagem Familiar

Tabela 81 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à abordagem familiar pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.7.1	A equipe aplica os instrumentos de abordagem familiar, genograma e o ciclo de vida para as famílias de risco de sua área de abrangência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.7.2	A equipe programou a aplicação e aplica os instrumentos de abordagem familiar, genograma e o ciclo de vida para todas as famílias de sua área de abrangência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2.8 Prontuário de Saúde da Família

Tabela 82 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao prontuário de saúde da família pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.8.1	A equipe utiliza prontuário familiar	1	2	2	2	0	0	3	2	1	1,4444	2
2.8.2	Os prontuários familiares estão identificados segundo o risco familiar	1	2	2	3	0	0	3	2	1	1,5556	2
2.8.3	A equipe utiliza prontuário familiar eletrônico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.8.4	A equipe é acompanhada por uma comissão de avaliação de prontuários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.8.5	Os membros da equipe agem de acordo com as normas e padrões éticos e legais da utilização e preenchimento de prontuários de saúde	0	0	0	3	0	0	3	3	0	1	0

2.9 Contrato de Gestão

Tabela 83 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados ao contrato de gestão pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.9.1	A equipe tem conhecimento das metas municipais pactuadas no Contrato do Saúde em Casa	2	2	2	2	3	3	0	2	2	2	2
2.9.2	A meta de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2,4444	2
2.9.3	A meta de vacinação tetravalente em menores de um ano é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2,5556	3
2.9.4	A meta de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2,4444	3
2.9.5	A equipe pactua e acompanha indicadores e metas próprios, de acordo com a realidade local	2	1	1	1	3	2	1	1	2	1,5556	1
2.9.6	A equipe tem com a coordenação municipal um contrato de gestão que relaciona essas metas e resultados e descreve as obrigações das partes e estabelece um sistema de incentivos para o cumprimento das metas	2	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1

2.10 Monitoramento

Tabela 84 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos de monitoramento pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.10.1	A equipe tem o conhecimento das metas pactuadas para a APS do município (Pacto pela Vida, Termo de compromisso do Saúde em Casa, ações do PAVS, etc.)	1	1	1	3	0	1	0	1	1	1	1
2.10.2	Estão sendo organizados os processos para o alcance das metas pactuadas no termo de compromisso do Programa Saúde em Casa	1	2	2	3	0	2	0	1	1	1,3333	1
2.10.3	A equipe elaborou uma proposta para monitoramento das metas pactuadas	1	2	2	3	0	3	0	1	0	1,3333	1
2.10.4	Monitora as metas pactuadas do Saúde em Casa e do Pacto conforme planejado	1	1	1	3	0	3	0	1	1	1,2222	1
2.10.5	A equipe operacionaliza o monitoramento dos principais processos realizados pela mesma (programação local, alimentação dos sistemas de informação, etc)	1	0	0	3	0	3	0	1	1	1	1

2.11 Relacionamento com a Comunidade

Tabela 85 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos de relacionamento com a comunidade pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.11.1	A equipe tem boa relação com a comunidade e participa das reuniões do CLS e CMS	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1,3333	1
2.11.2	A equipe interage e divulga suas ações e resultados para a comunidade	1	1	1	2	1	1	0	0	1	0,8889	1
2.11.3	A equipe conhece e mantém boa relação com os informante-chave	1	0	0	3	1	2	0	2	1	1,1111	1

2.12 Sistemas de Informação

Tabela 86 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados aos sistemas de informação pelas ESF em Unai – MG, 2011

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO												
NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.12.1	A equipe alimenta os sistemas de informação na periodicidade adequada	1	2	2	3	3	3	3	1	1	2,1111	2
2.12.2	A equipe utiliza as informações para o planejamento do trabalho	1	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2

2.13 Saúde da Mulher

Continua

Tabela 87 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da mulher pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.13.1	Direitos sexuais e reprodutivos	Realiza as atividades educativas	2	2	2	2	1	3	2	1	2	1,8889	2
		Ações realizadas envolvem equipe profissional multidisciplinar	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1,5556	1
		Usuário escolhe o método que melhor se enquadra, após conhecer vantagens e desvantagens de cada método	2	0	0	1	3	2	0	1	2	1,2222	1
		Realiza consulta individual ou para o casal	2	0	0	2	3	3	2	1	2	1,6667	2
		Profissional avalia se há contra indicação quanto ao método escolhido	2	0	0	3	3	3	2	1	2	1,7778	2
		Os casos de infertilidade conjugal são encaminhados para serviço de referência	2	0	0	2	0	3	3	2	2	1,5556	2

Continuação

Tabela 87 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da mulher pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.13.1	Direitos Sexuais e reprodutivos	A contracepção de emergência é trabalhada pela equipe conforme protocolo	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0,5556	0
2.13.2	Pré- natal	Realiza o diagnóstico de gravidez	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2,4444	2
		Capta as gestantes no 1º Trimestre	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2,3333	2
		Realiza consultas médicas e de enfermagem, ofertando 7 ou mais consultas para cada gestante	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2,4444	2
		Preenche o cartão da gestante a cada atendimento	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2,6667	3
		Indica vacina antitetânica, quando necessário	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2,7778	3
		Solicita os exames laboratoriais conforme protocolo	2	1	1	3	0	3	3	3	2	2	2
		Realiza diagnóstico precoce para diminuir a transmissão vertical das transmissões pré-natais (HIV, toxoplasmose, sífilis e hepatite)	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2,3333	2
		Inicia precocemente terapia anti-retroviral nas gestantes HIV positivas	1	0	0	0	0	3	0	2	2	0,8889	0
		Classifica o risco gestacional desde a 1ª consulta	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2,3333	2
		Encaminha a gestante de alto risco para o serviço de referência	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2,6667	3
Monitora as gestantes de alto risco	2	0	0	3	3	3	3	2	2	2	2		
Realiza as atividades educativas	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2,4444	3		
Realiza o acompanhamento da saúde bucal das gestantes	0	1	1	3	0	3	1	0	0	1	1		

Continuação

Tabela 87 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da mulher pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.13.2	Pré- natal	Acompanha a participação das gestantes nas atividades desenvolvidas no pré-natal de sua equipe	2	2	2	3	3	3	3	1	2	2,3333	2
		Realiza busca ativa das faltosas	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2,4444	3
		Orienta as gestantes a levarem o cartão nas consultas especializadas ou internamentos	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2,6667	3
		Vincula a gestante à maternidade de referência	2	0	0	3	1	2	2	1	2	1,4444	2
		Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade	1	2	2	3	1	3	2	2	1	1,8889	2
2.13.3	Puerpério	Realiza consulta puerperal precoce - até 10 dias após o parto	2	1	1	3	3	3	2	2	2	2,1111	2
		Realiza consulta puerperal tardia - até 40 dias após o parto	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2,5556	3
2.13.4	Prevenção do câncer de mama	Encaminha para o planejamento familiar	2	0	0	3	3	3	2	2	2	1,8889	2
		Realiza o exame clínico das mamas	2	3	3	3	1	3	2	2	2	2,3333	2
		Indica mamografia bilateral para as mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos, ou para diagnóstico de lesão suspeita	2	1	1	1	0	3	3	2	2	1,6667	2
		Orienta o auto-exame das mamas	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2,7778	3
		Encaminha os casos necessários para o serviço de referência	2	2	2	3	0	3	3	3	2	2,2222	2
		Desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de controle do câncer de mama	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2,3333	2
	Controle do câncer de mama	Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade	1	0	0	1	1	0	1	2	2	0,8889	1

Conclusão

Tabela 87 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da mulher pelas ESF em Unaí – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.13.5	Prevenção do câncer do colo do útero	Realiza o rastreamento do câncer do colo uterino (exame de Papanicolau)	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2,6667	3
		Adota conduta adequada baseada no resultado da citopatologia oncológica	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2,6667	3
		Controla as datas de retorno das usuárias	2	1	1	3	3	2	3	2	2	2,1111	2
		Desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de controle do câncer de colo uterino	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2,4444	2
		Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade	1	2	2	0	0	3	2	2	2	1,5556	2
2.13.6	Climatério	Adota abordagem terapêutica nos casos de mulheres com sintomas climatéricos de acordo com as Diretrizes Clínicas	2	1	1	1	0	3	2	1	2	1,4444	1

2.14 Saúde da Criança

Continua

Tabela 88 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da criança pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.14.1	Primeira Semana de Saúde Integral	Preenche a Caderneta de Saúde da Criança com orientações à família sobre seu objetivo e importância	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2,5556	3
		Verifica o estado geral da criança e presença de sinais de perigo	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2,5556	3
		Coleta o material para a triagem neonatal, orientando a família sobre quais as doenças triadas, a importância do diagnóstico precoce e como o resultado será informado	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3
		Aplica vacina BCG e anit-hepatite B	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3
		Verifica icterícia	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2,6667	3
		Avalia amamentação e orienta	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2,7778	3
		Orienta sobre os cuidados com o bebê	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2,7778	3
		Verifica o estado geral da mãe, sinais de infecção e hemorragia	3	1	1	3	3	3	3	2	3	2,4444	3
		Aplica vacina anti-rubéola na mãe	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2,5556	3
Encaminha a mãe para consulta pós-parto	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3		
2.14.2	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	Preenche e avalia a caderneta da criança a cada atendimento	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3
		Realiza consulta médica e de enfermagem, ofertando no 1º ano de vida no mínimo 7 consultas, no 2º ano 2 consultas e a partir de 2 anos até aos 5 anos 1 consulta individual anual	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1,4444	1

Continuação

Tabela 88 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da criança pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.14.2	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	Realiza o acompanhamento da saúde bucal das crianças	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0,4444	0
		Avalia peso, perímetro cefálico e estatura	3	1	1	3	3	3	3	1	2	2,2222	3
		Verifica a existência de problemas oculares	3	0	0	2	0	2	3	1	2	1,4444	2
		Avalia os principais marcos do desenvolvimento infantil	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2,2222	2
		Orienta a necessidade de estimulação da criança com brincadeiras e afetividade	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2,4444	2
		Orienta prevenção de acidentes e doenças	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2,4444	2
		Realiza as atividades educativas	3	2	2	1	3	3	3	2	2	2,3333	2
		Acompanha a participação das crianças nas atividades programadas	3	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2
2.14.3	Vacinação	Realiza busca ativa das faltosas	3	1	1	1	3	2	2	2	2	1,8889	2
		Realiza a vacinação conforme calendário básico	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3
		Possui cartão espelho de todas as crianças	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2.14.4	Alimentação	Realiza busca ativa das crianças faltosas	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2,7778	3
		Conhece os indicadores de aleitamento materno e a cultura alimentar das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência	3	1	1	3	3	2	2	2	2	2,1111	2
		Identifica possíveis erros na técnica de amamentação e alimentação das crianças e orienta os pais como corrigí-los	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2,5556	3
		Desenvolve ações para o incentivo e promoção do aleitamento materno e de alimentação saudável para as crianças até 5 anos	3	2	2	2	3	3	2	2	2,3333	2	

Conclusão

Tabela 88 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos processos relacionados à saúde da criança pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
			Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
2.14.4	Alimentação	Orienta sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e como superar os problemas encontrados	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2,8889	3
		Orienta o processo de desmame e a introdução de alimentos complementares	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2,5556	3
		Orienta a higiene oral da criança	3	1	1	3	3	3	3	2	3	2,4444	3

Conclusão

Tabela 89 - Escores alcançados, por item de verificação, na avaliação dos resultados pelas ESF em Unai – MG, 2011

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA									MÉDIA	MEDIANA
		Novo Horizonte	Caic 3	Caic 4	Mamoeiro	Novo Jardim	Primavera	Jacilândia	Bela Vista	Divineia		
3.13	A equipe atingiu o quantitativo pactuado na Planilha de Programação Local de usuários inseridos na ação de escovação supervisionada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.14	A equipe atingiu mais de 90% de Tratamento Completado em relação à primeira consulta odontológica	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0,8889	0

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PDAPS

PARTE 1 - MACRODIMENSÃO ESTRUTURA

1.1 Ambientes / 1.2 Equipamentos / 1.3 Insumos / 1.4 Recursos Tecnológicos

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE ESPERA							
1.1.1	Ambiente	Sala de espera					
1.2.1	Equipamentos	1 Bebedouro com filtro Assentos Televisão 1 Quadro 0,40 x 2 m					
RECEPÇÃO / REGISTRO DE PACIENTES							
1.1.2	Ambiente	Recepção / Registro de pacientes / administração (anexa à sala de espera)					
1.2.2	Equipamentos	1 Mesa tipo escritório com gavetas Arquivos de aço para pasta suspensa 2 Cadeiras 1 Armário de aço fechado com 2 portas 1 Mesa para computador e impressora					
1.4.1	Recursos Tecnológicos	Computador Impressora					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE							
1.1.3	Ambiente	Sala de agentes					
1.2.3	Equipamentos	Armários Mesa de reunião para 10 cadeiras (Tipo I - 1; Tipo II e III - 2) Quadro de avisos					
SALA DE REUNIÃO E EDUCAÇÃO							
1.1.4	Ambiente	Sala de Reunião e Educação					
1.2.4	Equipamentos	1 Suporte para TV 1 Mesa pequena para projetor e som 1 Tela de Projeção 1 Quadro Branco					
1.2.4	Equipamentos	Estante para livros 1 Mesa p/ computador 1 Cadeira p/ computador Ar condicionado se necessário 3 Ventiladores 30 Cadeiras não fixas com braço escamoteável 1 Armário grande de aço (duas portas)					
1.4.2	Recursos Tecnológicos	Computador Impressora					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SANITÁRIOS PARA PACIENTE / PÚBLICO							
1.1.5	Ambiente	Sanitários para pacientes / público anexos à sala de espera, diferenciados por sexo, providos de lavatório, bacia sanitária com barras de apoio					
1.2.5	Equipamentos	1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					
SALA PARA GUARDA DE MEDICAMENTOS							
1.1.6	Ambiente	Sala para guarda de medicamentos com lavatório (Caso a Farmácia de Minas seja próxima à unidade, considerar a pontuação 3)					
1.2.6	Equipamentos	Prateleiras Armário com chave					
SALA DE CURATIVOS (continua)							
1.1.7	Ambiente	Sala de curativos, contendo bancada com pia para despejo (separada por divisória ou afastada da bancada com pia)					
1.2.7	Equipamentos	3 Cubas rim 4 Cubas redondas 2 Bacias inox 30 cm 3 Cabos de bisturi 2 Tesouras pontas finas 10 cm 12 Pinças anatômicas 16 cm					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE CURATIVOS (conclusão)							
1.2.7	Equipamentos	12 Pinças hemostáticas 16 cm 6 Pinças dissecação dente de rato 14 cm 3 Tesouras retas 14 cm (2 ponta fina 1 ponta romba) 3 Tesouras curvas 14 cm (2 ponta fina 1 romba) 2 Tambores médios 1 Mesa clínica 1 Escada de 2 degraus 1 Carrinho de curativos 3 Cadeiras 1 Mesa auxiliar com bandeja inox 1 Foco com haste flexível 1 Armário de aço com 2 portas 2 Baldes cilíndricos com tampa e pedal 1 Suporte para membros (tipo pedicure) 1 Mesa tipo escritório com gavetas 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE COLETA DE MATERIAIS							
1.1.8	Ambiente	Sala de coleta de materiais, contendo bancada com pia e armário					
1.2.8	Equipamentos	1 Mesa auxiliar 1 Cadeira 1 Braçadeira 1 Mesa clínica 1 Armário com prateleiras 1 Balde com tampa e pedal 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					
SALA DE VACINAÇÃO (continua)							
1.1.9	Ambiente	Sala de vacinação, contendo bancada com pia e armário					
1.2.9	Equipamentos	Refrigerador de 280 litros ou câmara para vacina de 340 l (Tipo I - ; Tipo II e III - 2) Termômetro de registro de temperatura máxima e mínima (Tipo I - 1; Tipo II e III - 2) 2 Caixas térmicas 12 litros 2 Termômetros com cabo extensor 1 Mesa tipo escritório com gavetas 3 Cadeiras 1 Mesa clínica					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE VACINAÇÃO (continuação)							
1.2.9	Equipamentos	2 Armários de mesa (20 x 30 cm) 1 Fichário rotativo 1 Balde cilíndrico porta detrito com pedal e tampa 1 Armário vitrine 1 Arquivo tipo gaveta 1 Cadeira giratória com braços 1 Bandeja de aço inoxidável Bandejas plásticas perfuradas ou porta-talher de plástico 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					
1.3.1	Insumos	Agulhas descartáveis (várias especificações) Álcool 70% Algodão Boletim Diário de doses aplicadas de vacinas Boletim Mensal de doses aplicadas de vacinas Borracha Caneta Cartão de controle ou ficha de registro Cartão de vacina					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE VACINAÇÃO (conclusão)							
1.3.1	Insumos	<p>Ficha de investigação dos Efeitos Adversos pelo serviço de saúde (aerograma, gráfico de cobertura vacinal, etc)</p> <p>Formulário para Avaliação de Vacinas sob Suspeita</p> <p>Garrafas plásticas com água e corante</p> <p>Gelo reciclável</p> <p>Imunobiológicos</p> <p>Lápis</p> <p>Lençóis</p> <p>Luvas para procedimento</p> <p>Movimento Mensal de Imunobiológicos</p> <p>Papel para forrar maca</p> <p>Papel toalha</p> <p>Sabão líquido neutro</p> <p>Sacos para lixo</p> <p>Seringas descartáveis (várias especificações)</p>					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	

CONSULTÓRIO GINECOLÓGICO (continua)

1.1.10	Ambiente	Consultório Ginecológico com sanitário anexo, contendo lavatório					
1.2.10	Equipamentos	10 Espéculos Collin nº 1 8 Espéculos Collin nº 2 2 Espéculos Collin nº 3 20 Pinças Cheron 25 cm 5 Pinças Pozzi ou Museaux 25 cm 1 Fita métrica comum (inelástica) 1 Mesa tipo escritório com gavetas 2 Cadeiras 1 Mocho 1 Mesa ginecológica 1 Escada com dois degraus 1 Biombo duplo 2 Baldes cilíndricos com pedal 1 Foco com haste flexível 1 Mesa auxiliar com bandeja inox 1 Armário vitrine 1 Esfignomanômetro com estetoscópio adulto 1 Estetoscópio de Pinard 1 Detector ultrassônico (fetal) 1 Lanterna clínica					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
CONSULTÓRIO GINECOLÓGICO (continuação)							
1.2.10	Equipamentos	1 Otoscópio 1 Pinça (jacaré) para retirada de DI 5 Histerômetros 5 Tesouras (4 ponta fina e 1 ponta romba) 1 Balança adulto 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					
1.3.2	Insumos	Algodão Almotolia Avental Cartão da gestante Compressas Escova cervical Espátula de Ayre Espéculos de tamanhos variados (acrílico ou metal) Fita adesiva para identificação do frasco Formulário de requisição do exame Frasco com ranhuras para acomodação da lâmina Gaze Gel para aparelho de sonar					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
CONSULTÓRIO GINECOLÓGICO (conclusão)							
1.3.2	Insumos	Lâminas de vidro com extremidade fosca (para citologia) Lápis nº 2 Lençóis Lubrificante Luva para procedimento Papel para forrar a mesa ginecológica Papel toalha Receituário Sabão líquido Solução de ácido acético a 5% Solução de Schiller (Iugol) Solução fixadora, álcool 96% ou Polietinoglicol líquido ou spray					
SALA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL (continua)							
1.1.11	Ambiente	Sala de atendimento multiprofissional					
1.2.11	Equipamentos	1 Mesa tipo escritório com gavetas 2 Cadeiras 1 Mesa clínica 1 Escada com dois degraus 1 Negatoscópio 1 Oftalmoscópio 1 Otoscópio					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL (conclusão)							
1.2.11	Equipamentos	1 Lanterna clínica 1 Esfignomanômetro com estetoscópio adulto 1 Esfignomanômetro com estetoscópio infantil 1 Kit de espelhos auriculares para reposição 1 Toesa (régua antropométrica) 1 Balança adulto 1 Balança pediátrica 1 Fita métrica Instrumentos para avaliação dermatoneurológica					
1.4.3	Recursos Tecnológicos	Computador Impressora					
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO (continua)							
1.1.12	Ambiente	Consultório Odontológico, contendo bancada com pia e lavatório, torneiras com acionamento indireto					
1.2.12	Equipamentos	1 Aparelho fotopolimerizador 1 Amalgamador 1 Compressor (com filtro de ar) Cadeira odontológica (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO (conclusão)							
1.2.12	Equipamentos	<p>Equipo odontológico com seringa tríplice, caneta de alta rotação, micromotor e mesa auxiliar (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)</p> <p>1 Autoclave (no caso de não haver esterilização na unidade)</p> <p>Mochos (Tipo I - 2; Tipo II - 4; Tipo III - 6)</p> <p>Refletor (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)</p> <p>Unidade auxiliar - cuspideira e sugador (Tipo I - 1; Tipo II - 2; Tipo III - 3)</p> <p>1 Jato de bicarbonato</p> <p>1 Ultrassom odontológico</p> <p>1 Armário fechado de aço</p> <p>1 Mesa tipo escritório com gavetas</p> <p>2 Cadeiras</p> <p>2 Lixeiras com pedal</p> <p>1 Dispensador de sabonete líquido</p> <p>1 Dispensador de papel toalha</p>					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
ESCOVÁRIO							
1.1.13	Ambiente	Escovário, com boxes separados por meio de divisórias, contendo bancada com lavatório, um adaptado para portadores de deficiência ou mobilidade reduzida, com área de aproximação frontal de 0,80 m x 1,20 m					
1.2.13	Equipamentos	1 Espelho 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha 1 Armário com chave 1 Lixeira com tampa e pedal					
SALA DE CUIDADOS BÁSICOS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - IMPORTANTE: Caso a Unidade não possua a Sala de Observação, os itens de verificação da mesma deverão estar neste ambiente (continua)							
1.1.14	Ambiente	Sala de cuidados básicos / Urgência e Emergência, contendo bancada com pia e lavatório					
1.2.14	Equipamentos	2 Cubas rim 1 Bandeja inox retangular Bacia inox com diâmetro de 30 cm 1 Mesa para exame clínico 1 Escada - 2 degraus 1 Suporte para soro 1 Braçadeira					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE CUIDADOS BÁSICOS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - IMPORTANTE: Caso a Unidade não possua a Sala de Observação, os itens de verificação da mesma deverão estar neste ambiente (conclusão)							
1.2.14	Equipamentos	1 Armário vitrine 2 Cadeiras 1 Biombo duplo 1 Mesa Mayo (auxiliar com bandeja inox) Nebulizadores com 3 saídas 1 Micronebulizador 2 Espaçadores 1 Balde cilíndrico porta-detrito c/ pedal 1 Foco com haste flexível 1 Glicosímetro 1 Cadeira reclinável					
SALA DE LAVAGEM E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS/ESTERILIZAÇÃO							
1.1.15	Ambiente	Sala de Lavagem e Desinfecção de materiais, contendo bancada com pia e pia de despejo, com tubulação de esgoto com diâmetro mínimo de 75 mm					
1.1.16	Ambiente	Sala de Esterilização, contendo lavatório e bancada seca (Em caso de outro local ser regularizado pela VISA, considerar pontuação 3)					
1.2.15	Equipamentos	1 Autoclave horizontal (75 litros)					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
DML							
1.1.17	Ambiente	DML - Depósito de Material de Limpeza, contendo tanque					
1.2.16	Equipamentos	Armário / prateleira					
ROUPARIA							
1.1.18	Ambiente	Rouparia ou armário					
1.2.17	Equipamentos	Armário					
COPA							
1.1.19	Ambiente	Copa contendo bancada com pia					
1.2.18	Equipamentos	1 Geladeira para uso doméstico 1 Fogão 4 bocas 1 Botijão de gás 1 Bancada dobrável com banquetas					
BANHEIRO / VESTIÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS							
1.1.20	Ambiente	Banheiros / Vestiários de Funcionários, diferenciados por sexo, providos de lavatório e bacia sanitária em boxes					
1.2.19	Equipamentos	Chuveiro Escaninhos 1 Dispensador de sabonete líquido 1 Dispensador de papel toalha					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
ALMOXARIFADO							
1.1.21	Ambiente	Almoxarifado					
1.2.20	Equipamentos	Prateleiras					
ABRIGO RESÍDUOS SÓLIDOS							
1.1.22	Ambiente	Abrigo reduzido de resíduos sólidos (lixo), com ponto de água, ralo sifonado e vão de ventilação telado					
1.2.21	Equipamentos	3 Recipientes coletores para resíduos dos grupos A, D e E					
LAVANDERIA							
1.1.23	Ambiente	Lavanderia (Em caso do serviço de lavagem de roupas seja realizado em outro local regularizado na VISA, considerar pontuação 3)					
SALA DE OBSERVAÇÃO (continua)							
1.1.24	Ambiente	Sala de Observação (Opcional), contendo lavatório e bancada com pia, banheiro com vaso sanitário e lavatório					
1.2.22	Equipamentos	Chuveiro Leito Mesa Cadeira Suporte para soro					

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente	Existente com quantidade e/ou qualidade inferiores aos parâmetros	Existente com quantidade e/ou qualidade próximos aos parâmetros	Existente em quantidade e qualidade conforme parâmetros do anexo I	
SALA DE OBSERVAÇÃO (conclusão)							
1.2.22	Equipamentos	Braçadeira Cadeira reclinável Nebulizador Bala de O2 (com fluxômetro e válvula)					
SALA DE APOIO PARA ACE							
1.1.25	Ambiente	Sala de apoio para agentes de controle de endemias, com tanque, bancada seca e ducha externos					
1.2.23	Equipamento	Armário com chave					
SALA DE GERENTE							
1.1.26	Ambiente	Sala de gerente					
1.2.24	Equipamentos	Armários Mesa tipo escritório com gavetas Cadeiras					
SUBTOTAL							
TOTAL							

1.3 Outros Insumos

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0 Inexistente	1 Quantidade inferior ao adequado	2 Quantidade próxima ao adequado	3 Quantidade adequada	
1.3.3		Dispõe de insumos básicos para o desenvolvimento das outras ações de saúde					
1.3.4		Dispõe dos medicamentos básicos					
1.3.5		Dispõe de material impresso para o desenvolvimento das ações de saúde					
1.3.6		Dispõe de material para escritório					
SUBTOTAL							
TOTAL							

1.4 Outros Recursos Tecnológicos

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0 Inexistente	1 Em más condições	2 Em condições razoáveis ou abaixo das especificadas	3 Em ótimas condições	
1.4.4		Máquina fotográfica digital com filmadora					
1.4.5		Linha telefônica					
1.4.6		TV de tela grande					
1.4.7		DVD					
1.4.8		Aparelho de som					
1.4.9		Projetor multimídia					
1.4.10		Antena para conexão com o Canal Minas Saúde instalada e funcionando					
1.4.11		Tele saúde					
1.4.12		Prontuário de papel					
1.4.13		Prontuário eletrônico					
1.4.14		Linha-Guia à Saúde da Criança					
1.4.15		Linha -Guia Atenção à Saúde do Adulto - Hanseníase					
1.4.16		Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e Diabetes					
1.4.17		Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto - HIV/AIDS					
1.4.18		Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto - Tuberculose					
1.4.19		Linha-Guia Atenção em Saúde Bucal					
1.4.20		Linha-Guia Atenção à Saúde do Adolescente					
1.4.21		Linha-Guia Atenção à Saúde do Idoso					
1.4.22		Linha-Guia Atenção em Saúde Mental					
1.4.23		Linha-Guia Atenção à Saúde - Dengue					
SUBTOTAL							
TOTAL							

1.5 Recursos Humanos

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente em todas as equipes	Inexistente em algumas equipes	Existente em todas equipes mas com problemas de carga horária	Existente em todas equipes na quantidade e carga horária	
1.5.1		Médico					
1.5.2		Enfermeiro					
1.5.3		Auxiliar ou Técnico de Enfermagem					
1.5.4		ACS					
1.5.5		Odontólogo					
1.5.6		Técnico de Saúde Bucal					
1.5.7		Auxiliar de Saúde Bucal					
1.5.8		Auxiliar Administrativo					
1.5.9		Gerente					
1.5.10		Coordenador Atenção Primária					
1.5.11		NASF ou outros profissionais de apoio					
SUBTOTAL							
TOTAL							

1.6 Ações Educacionais

NÚMERO	DIMENSÕES	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Inexistente em todas as equipes	A minoria dos profissionais apresenta a qualificação	A maioria dos profissionais apresenta a qualificação	Todos os profissionais apresentam a qualificação	
1.6.1		Os ACS concluíram o 1º módulo do curso de formação inicial					
1.6.2		Médico concluiu especialização em Saúde da Família					
1.6.3		Enfermeiro concluiu especialização em Saúde da Família					
1.6.4		Odontólogo concluiu especialização em Saúde da Família					
1.6.5		Os médicos da equipe participam regularmente do PEP					
1.6.6		Os profissionais da equipe participam do Curso de Gestão da Clínica					
1.6.7		Os profissionais assistem às aulas do Canal Minas Saúde					
SUBTOTAL							
TOTAL							

PARTE 2 - MACRODIMENSÃO PROCESSOS

2.1 Redes de Atenção à Saúde

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE						
2.1.1	A equipe tem conhecimento claro dos protocolos de atenção de referência secundária e terciária distintas das redes temáticas de atenção no seu território sanitário					
2.1.2	A equipe tem acesso a todos os exames laboratoriais elencados nos protocolos de atendimento da APS					
	A equipe tem acesso a todos os exames de imagem elencados nos protocolos de atendimento da APS					
2.1.3	A equipe tem acesso rápido ao sistema de regulação e recebe resposta rápida					
2.1.4	A equipe tem acesso rápido a um sistema de transporte que garanta o fluxo dos usuários na rede					
2.1.5	A equipe tem programação da rede de atenção à mulher e criança organizada e pactuada com os outros pontos de atenção					
2.1.6	A equipe tem a programação da rede de atenção às urgências e emergências organizada e pactuada com os outros pontos de atenção					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.2 Princípios da APS

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.2.1	A equipe está corretamente dimensionada (dentro dos parâmetros) em relação à sua população adscrita					
2.2.2	A equipe conhece os princípios da APS e discute internamente estratégias para melhor responder aos mesmos					
2.2.3	A equipe fez a avaliação qualitativa da APS conforme instrumento da Oficina 2 do PDAPS					
2.2.4	A equipe estruturou o seu Plano de Fortalecimento da APS a partir das constatações da avaliação qualitativa					
2.2.5	A equipe realiza as ações programadas no Plano de Fortalecimento da APS					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.3 Diagnóstico Local

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.3.1	Toda população adscrita à área de abrangência da equipe foi cadastrada ou teve seu cadastro atualizado conforme a Ficha A modificada					
2.3.2	Todas as famílias da área de abrangência da equipe são estratificadas segundo o risco					
2.3.3	A equipe utiliza o mapa inteligente da sua área de abrangência					
2.3.4	A equipe atualiza o diagnóstico local de sua área de abrangência					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.4 Programação Local

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.4.1	A equipe implantou as Linhas-Guia da SES/MG ou protocolos próprios validados A equipe implantou protocolos próprios validados					
	A equipe estratifica o risco da população com condições crônicas:					
2.4.2	Hipertensão					
2.4.3	Diabetes					
2.4.4	Gestantes					
2.4.5	Saúde Bucal					
2.4.6	Criança					
2.4.7	Adolescente					
2.4.8	Adulto					
2.4.9	Idoso					
2.4.10	A equipe estruturou a sua planilha de programação local					
2.4.11	A equipe realiza as ações programadas					
	SUBTOTAL					
	TOTAL					

2.5 Acolhimento e Classificação de Risco - Protocolo de Manchester

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.5.1	A equipe tem os princípios do acolhimento como cultura em todos os momentos da atenção ao usuário					
2.5.2	A equipe tem organizados os processos de acolhimento de cidadãos com demanda espontânea ao serviço					
2.5.3	A equipe utiliza o Protocolo de Manchester para classificação de risco das urgências e emergências					
2.5.4	A equipe tem agenda implantada, com espaço para as ações de atenção à demanda espontânea e as ações programadas					
2.5.5	Essa agenda foi apresentada e pactuada junto à SMS e ao Conselho Local de Saúde					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.6 Apoio Diagnóstico

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.6.1	Protocolos clínicos dos exames laboratoriais implantados					
2.6.2	A equipe organiza as fases pré e pós-analíticas do apoio diagnóstico					
2.6.3	Exames laboratoriais programados pela equipe					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.7 Abordagem Familiar

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.7.1	A equipe aplica os instrumentos de abordagem familiar, genograma e o ciclo de vida para as famílias de risco de sua área de abrangência					
2.7.2	A equipe programou a aplicação e aplica os instrumentos de abordagem familiar, genograma e o ciclo de vida para todas as famílias de sua área de abrangência					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.8 Prontuário de Saúde da Família

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.8.1	A equipe utiliza prontuário familiar					
2.8.2	Os prontuários familiares estão identificados segundo o risco familiar					
2.8.3	A equipe utiliza prontuário familiar eletrônico					
2.8.4	A equipe é acompanhada por uma comissão de avaliação de prontuários					
2.8.5	Os membros da equipe agem de acordo com as normas e padrões éticos e legais da utilização e preenchimento de prontuários de saúde					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.9 Contrato de Gestão

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.9.1	A equipe tem conhecimento das metas municipais pactuadas no Contrato do Saúde em Casa					
2.9.2	A meta de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área					
2.9.3	A meta de vacinação tetravalente em menores de um ano é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área					
2.9.4	A meta de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos é desdobrada para a equipe e acompanhada por micro-área					
2.9.5	A equipe pactua e acompanha indicadores e metas próprios, de acordo com a realidade local					
2.9.6	A equipe tem com a coordenação municipal um contrato de gestão que relaciona essas metas e resultados e descreve as obrigações das partes e estabelece um sistema de incentivos para o cumprimento das metas					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.10 Monitoramento

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Processos não implantados	Processos implantados de forma incipiente	Processos implantados de forma avançada	Processos implantados de forma ótima	
2.10.1	A equipe tem o conhecimento das metas pactuadas para a APS do município (Pacto pela Vida, Termo de compromisso do Saúde em Casa, ações do PAVS, etc.)					
2.10.2	Estão sendo organizados os processos para o alcance das metas pactuadas no termo de compromisso do Programa Saúde em Casa					
2.10.3	A equipe elaborou uma proposta para monitoramento das metas pactuadas					
2.10.4	Monitora as metas pactuadas do Saúde em Casa e do Pacto conforme planejado					
2.10.5	A equipe operacionaliza o monitoramento dos principais processos realizados pela mesma (programação local, alimentação dos sistemas de informação, etc)					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.11 Relacionamento com a Comunidade

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Inexistente	Existente de forma incipiente	Existente de forma avançada	Existente de forma ótima	
2.11.1	A equipe tem boa relação com a comunidade e participa das reuniões do CLS e CMS					
2.11.2	A equipe interage e divulga suas ações e resultados para a comunidade					
2.11.3	A equipe conhece e mantém boa relação com os informante-chave					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.12 Sistemas de Informação

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Inexistente	Existente de forma incipiente	Existente de forma avançada	Existente de forma ótima	
2.12.1	A equipe alimenta os sistemas de informação na periodicidade adequada					
2.12.2	A equipe utiliza as informações para o planejamento do trabalho					
SUBTOTAL						
TOTAL						

2.13 Saúde da Mulher (continua)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
2.13.1	Direitos sexuais e reprodutivos	<p>Realiza as atividades educativas</p> <p>Ações realizadas envolvem equipe profissional multidisciplinar</p> <p>Usuário escolhe o método que melhor se enquadra, após conhecer vantagens e desvantagens de cada método</p> <p>Realiza consulta individual ou para o casal</p> <p>Profissional avalia se há contra indicação quanto ao método escolhido</p> <p>Os casos de infertilidade conjugal são encaminhados para serviço de referência</p> <p>A contracepção de emergência é trabalhada pela equipe conforme protocolo</p>	Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.13.2	Pré- natal	<p>Realiza o diagnóstico de gravidez</p> <p>Capta as gestantes no 1º Trimestre</p> <p>Realiza consultas médicas e de enfermagem, ofertando 7 ou mais consultas para cada gestante</p> <p>Preenche o cartão da gestante a cada atendimento</p> <p>Indica vacina antitetânica, quando necessário</p>					

2.13 Saúde da Mulher (continuação)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
2.13.2	Pré- natal	<p>Solicita os exames laboratoriais conforme protocolo</p> <p>Realiza diagnóstico precoce para diminuir a transmissão vertical das transmissões pré-natais (HIV, toxoplasmose, sífilis e hepatite)</p> <p>Inicia precocemente terapia anti-retroviral nas gestantes HIV positivas</p> <p>Classifica o risco gestacional desde a 1ª consulta</p> <p>Encaminha a gestante de alto risco para o serviço de referência</p> <p>Monitora as gestantes de alto risco</p> <p>Realiza as atividades educativas</p> <p>Realiza o acompanhamento da saúde bucal das gestantes</p> <p>Acompanha a participação das gestantes nas atividades desenvolvidas no pré-natal de sua equipe</p> <p>Realiza busca ativa das faltosas</p> <p>Orienta as gestantes a levarem o cartão nas consultas especializadas ou internamentos</p>	Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	

2.13 Saúde da Mulher (continuação)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.13.2	Pré- natal	Vincula a gestante à maternidade de referência Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade					
2.13.3	Puerpério	Realiza consulta puerperal precoce - até 10 dias após o parto Realiza consulta puerperal tardia - até 40 dias após o parto					
2.13.4	Prevenção do câncer de mama	Encaminha para o planejamento familiar Realiza o exame clínico das mamas Indica mamografia bilateral para as mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos, ou para diagnóstico de lesão suspeita Orienta o auto-exame das mamas Encaminha os casos necessários para o serviço de referência Desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de controle do câncer de mama					

2.13 Saúde da Mulher (conclusão)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.13.4	Controle do câncer de mama	Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade					
2.13.5	Prevenção do câncer do colo do útero	Realiza o rastreamento do câncer do colo uterino (exame de Papanicolau) Adota conduta adequada baseada no resultado da citopatologia oncológica Controla as datas de retorno das usuárias Desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de controle do câncer de colo uterino Alimenta e analisa os sistemas de informação buscando verificar sua adequação à realidade					
2.13.6	Climatério	Adota abordagem terapêutica nos casos de mulheres com sintomas climatéricos de acordo com as Diretrizes Clínicas					
SUBTOTAL							
TOTAL							

2.14 Saúde da Criança (continua)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.14.1	Primeira Semana de Saúde Integral	<p>Preenche a Caderneta de Saúde da Criança com orientações à família sobre seu objetivo e importância</p> <p>Verifica o estado geral da criança e presença de sinais de perigo</p> <p>Coleta o material para a triagem neonatal, orientando a família sobre quais as doenças triadas, a importância do diagnóstico precoce e como o resultado será informado</p> <p>Aplica vacina BCG e anti-hepatite B</p> <p>Verifica icterícia</p> <p>Avalia amamentação e orienta</p> <p>Orienta sobre os cuidados com o bebê</p> <p>Verifica o estado geral da mãe, sinais de infecção e hemorragia</p> <p>Aplica vacina anti-rubéola na mãe</p> <p>Encaminha a mãe para consulta pós-parto</p>					
2.14.2	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	Preenche e avalia a caderneta da criança a cada atendimento					

2.14 Saúde da Criança (continuação)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.14.2	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	<p>Realiza consulta médica e de enfermagem, ofertando no 1º ano de vida no mínimo 7 consultas, no 2º ano 2 consultas e a partir de 2 anos até aos 5 anos 1 consulta individual anual</p> <p>Realiza o acompanhamento da saúde bucal das crianças</p> <p>Avalia peso, perímetro cefálico e estatura</p> <p>Verifica a existência de problemas oculares</p> <p>Avalia os principais marcos do desenvolvimento infantil</p> <p>Orienta a necessidade de estimulação da criança com brincadeiras e afetividade</p> <p>Orienta prevenção de acidentes e doenças</p> <p>Realiza as atividades educativas</p> <p>Acompanha a participação das crianças nas atividades programadas</p> <p>Realiza busca ativa das faltosas</p>					
2.14.3	Vacinação	Realiza a vacinação conforme calendário básico					

2.14 Saúde da Criança (conclusão)

NÚMERO	MACROAÇÃO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
			0	1	2	3	
			Ações não implantadas	Ações implantadas de forma incipiente	Ações implantadas de forma avançada	Ações implantadas de forma ótima	
2.14.3	Vacinação	Possui cartão espelho de todas as crianças Realiza busca ativa das crianças faltosas					
2.14.4	Alimentação	Conhece os indicadores de aleitamento materno e a cultura alimentar das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência Identifica possíveis erros na técnica de amamentação e alimentação das crianças e orienta os pais como corrigí-los Desenvolve ações para o incentivo e promoção do aleitamento materno e de alimentação saudável para as crianças até 5 anos Orienta sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e como superar os problemas encontrados Orienta o processo de desmame e a introdução de alimentos complementares Orienta a higiene oral da criança					
SUBTOTAL							
TOTAL							

PARTE 3 - MACRODIMENSÃO RESULTADOS

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0 Resultado cumprido entre 0 e 30%	1 Resultado cumprido entre 31 e 60%	2 Resultado cumprido entre 61 e 80%	3 Resultado cumprido acima de 80%	
3.1	100% das gestantes da área de abrangência da equipe passam por sete ou mais consultas de pré-natal					
3.2	95% das crianças menores de um ano recebem a vacina tetravalente segundo o calendário vacinal					
3.3	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos fazem um exame citopatológico cérvico-vaginal a cada três anos					
3.4	Toda a população adscrita à Equipe de Saúde está cadastrada					
3.5	Todas as famílias adscritas à Equipe de Saúde estão classificadas segundo o risco familiar					
3.6	A equipe atingiu o quantitativo pactuado na Planilha de Programação Local de hipertensos cadastrados e classificados segundo o risco cardiovascular					
3.7	A equipe atingiu o quantitativo pactuado na Planilha de Programação Local de diabéticos cadastrados e classificados segundo o risco cardiovascular					
3.8	A equipe atingiu o quantitativo pactuado na Planilha de Programação Local de Idosos cadastrados e classificados segundo o risco					
3.9	100% dos Idosos da área de abrangência da Equipe de Saúde possuem Plano de Cuidados atualizado					
3.10	Todas as gestantes da área de abrangência da Equipe de Saúde tem o Cartão da Gestante atualizado					
3.11	A equipe atingiu o quantitativo de primeiras consultas odontológicas pactuado na Planilha de Programação Local					

NÚMERO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO				OBSERVAÇÃO
		0	1	2	3	
		Resultado cumprido entre 0 e 30%	Resultado cumprido entre 31 e 60%	Resultado cumprido entre 60 e 80%	Resultado cumprido acima de 80%	
3.12	A equipe atingiu o quantitativo de avaliações de risco em saúde bucal pactuado na Planilha de Programação Local					
3.13	A equipe atingiu o quantitativo pactuado na Planilha de Programação Local de usuários inseridos na ação de escovação supervisionada					
3.14	A equipe atingiu mais de 90% de Tratamento Completado em relação à primeira consulta odontológica					
SUBTOTAL						
TOTAL						