

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**DILMA MORAES ALBUQUERQUE**  
**DJANIRA AZEVÊDO DE ABREU ASSIS**  
**LAURENNE MILHOMEM SOUSA MOARES**  
**MARIA AUXILIADORA TRINDADE LUCENA**  
**MARIA DO CARMO DE JESUS BARBOSA**

**A ESTRUTURA E O PROCESSO DE TRABALHO EM**  
**UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma avaliação de qualidade**

São Luís  
2009

**DILMA MORAES ALBUQUERQUE  
DJANIRA AZEVÊDO DE ABREU ASSIS  
LAURENNE MILHOMEM SOUSA MOARES  
MARIA AUXILIADORA TRINDADE LUCENA  
MARIA DO CARMO DE JESUS BARBOSA**

**A ESTRUTURA E O PROCESSO DE TRABALHO EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma avaliação de qualidade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da LABORO – Excelência em Pós-Graduação – Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2009

Albuquerque, Dilma Moraes.

A estrutura e o processo de trabalho em Unidades de Saúde da Família: uma avaliação de qualidade. Dilma Moraes Albuquerque; Djanira Azevêdo de Abreu Assis; Laurene Milhomem Sousa Moraes; Maria Auxiliadora Trindade Lucena; Maria do Carmo de Jesus Barbosa. - São Luís, 2009.

44 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Avaliação. 2. Qualidade. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde pública. I. Título.

CDU 614.2

**DILMA MORAES ALBUQUERQUE  
DJANIRA AZEVÊDO DE ABREU ASSIS  
LAURENNE MILHOMEM SOUSA MOARES  
MARIA AUXILIADORA TRINDADE LUCENA  
MARIA DO CARMO DE JESUS BARBOSA**

**A ESTRUTURA E O PROCESSO DE TRABALHO EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE**

Aprovado em        /        /

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)  
Doutora em Medicina  
Universidade São Paulo - USP

---

**Prof<sup>a</sup> Rosemary Ribeiro Lindholm**  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo - USP

A Deus, pelo dom da vida.

Aos nossos familiares pelo amor e apoio incondicionais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, como fonte detentora de sabedoria que durante todo este trajeto nos orientou e sustentou nossas almas para que as mesmas não sucumbissem em meio às dificuldades.

Aos nossos pais, por todo apoio e por terem um coração repleto de luz a nos iluminar sempre ao longo dessa caminhada.

Aos nossos maridos e filhos, pela compreensão e paciência durante nossas ausências, nos apoiando sempre na escalada por mais essa conquista.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama pela dedicada orientação no transcorrer da pesquisa.

A Sr<sup>a</sup> Eudes pela ajuda na normalização deste trabalho.

*“Ainda que a minha carne e o meu coração desfaleçam, Deus é a fortaleza do meu coração e a minha herança para sempre.”*

*Salmo 73:26*

## RESUMO

Avaliação de qualidade da estrutura e do processo de trabalho em Unidades de Saúde da Família, realizado através de pesquisa literária e aplicação de um questionário aos trabalhadores envolvidos no serviço de atenção primária, elaborado pelo Ministério da Saúde, para avaliar o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família na zona rural e urbana de São Luís/MA. As unidades estudadas foram avaliadas quanto ao nível de evolução da estratégia baseado nos conceitos de qualidade: elementar, desenvolvimento, consolidado, boa e avançada. Os dados obtidos através da pesquisa foram expostos em quadros e comparados com o encontrado na literatura. Nos resultados observou-se o melhor desenvolvimento da estratégia na zona rural do que na zona urbana.

Palavras-chave: Avaliação. Qualidade. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Assessment of quality of structure and process of work in Health Care for the Family, met through literary research and a questionnaire to workers involved in primary health care service, prepared by the Ministry of Health, to assess the further development of family health in rural and urban areas of Sao Luís. The units studied were evaluated for level of development of the strategy based on the concepts of quality: basic, development, consolidated, and well advanced. The data obtained through the research were presented and tables and compared with those found in the literature. The result showed the best development strategy in rural than in urban areas

Keywords: Evaluation. Quality. Family Health Strategy.

## LISTA DE SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AMQ -	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF -	Equipe de Saúde da Família
PACS -	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UBSF -	Unidade Básica de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Infraestrutura e equipamentos .....	21
Quadro 2 -	Infraestrutura e equipamentos, demais itens .....	22
Quadro 3 -	Insumos, imunobiológicos e medicamentos .....	24
Quadro 4 -	Organização do trabalho em saúde da família .....	26
Quadro 5 -	Organização do trabalho, demais itens .....	27
Quadro 6 -	Acolhimento, humanização e responsabilização .....	28

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>29</b>
	REFERÊNCIAS .....	30
	APÊNDICES .....	32
	ANEXOS .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

Várias alterações vêm ocorrendo em diversos setores da sociedade e, de maneira bastante expressiva, no campo da saúde, tanto no seu objeto – o processo saúde-doença-cuidado – como no instrumental teórico-prático que apóiam as práticas e a organização da produção em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Por conta do aumento da demanda por serviços de alta complexidade e a necessidade de intervenção não só no corpo biológico, mas nos espaços onde vivem as pessoas, no intuito de proporcionar uma vida saudável, é que surge a necessidade de um modelo que rompa com o tradicional, visto que vivenciamos a falência do modelo assistencial focado na doença, excludente e verticalizado, que não foca numa intervenção sobre os múltiplos fatores determinantes no processo de saúde-doença (CAETANO; DAIN, 2002).

No Brasil, este processo de ruptura tem se dado ao longo dos últimos vinte anos com expectativa de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e impacto favorável nos indicadores de saúde da população assistida (CREVELIM, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o território brasileiro, representando, assim, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único que garante uma assistência integral e completamente gratuita para toda população (PARÁ, 2009).

Sua efetivação dá-se a partir de 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e Lei nº 8.142/90 foram regulamentadas. Estas leis definem atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, ou seja, estabelece princípios e diretrizes operacionais para organização da saúde no País (SILVA, 2006).

Em 1991 os primeiros agentes comunitários de saúde (ACS) surgiram e foi uma estratégia de transição para o Programa Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Assim, o PSF além de estender a cobertura assistencial, carrega consigo o enorme potencial para estruturar de forma consistente as ações primárias de saúde (ALEIXO, 2002).

A implementação do programa tem por expectativa, além da nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, uma maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, promovendo, dessa forma, um impacto significativo nos indicadores de saúde da população assistida (CAETANO; DAIN, 2002).

Ao priorizar a atenção básica, o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão, ou seja, não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros para que esteja ao alcance de todos (BRASIL, 2000).

O PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de assistência. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população (SANTANA; CAMARGINI, 2001).

Santana; Camargini (2001) afirmam que trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

As ações de promoção de saúde, prevenção de fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação devem acontecer de forma articulada, caracterizando a integralidade, onde o indivíduo é tido como um todo e todas as suas necessidades são cobertas (CAMPOS, 2003).

A Estratégia Saúde da Família pode representar a superação da fragmentação do sistema de serviços de saúde, que ainda é característica marcante na maioria dos estados e municípios brasileiros (CNSS, 2007).

Starfield (2002) considera que os pacotes de serviços a serem prestados a uma coletividade e sua especificidade estão baseados nas diversas necessidades de uma comunidade, requerendo um conhecimento pré-existente sobre probabilidade de riscos com sensibilidade e especificidade adequados.

O programa tem sua estrutura baseada em uma unidade de saúde, com uma equipe multiprofissional que responde por uma determinada população, em um território definido, onde desenvolverá suas ações – princípio da territorialidade (RONZANI; STRALEN, 2003).

O território não pode ser conhecido, dentro da Saúde da Família, apenas como uma instância de poder ou extensão geométrica, mas deve ser visto com um perfil demográfico epidemiológico, tecnológico, político, social e cultural com redes de relacionamentos humanos que constituem o espaço e sua dinâmica (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A composição mínima de cada equipe consiste na presença de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população, respeitando o teto máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas e 12 ACS para cada equipe (BRASIL, 2006).

Segundo Santana; Carmagnani (2001), a equipe multiprofissional deve, também, ser composta por outros profissionais que devem ser acrescentados para formar apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

A construção da interdisciplinaridade dentro da equipe de saúde vem através da identificação e respeito da competência de cada profissional no seu campo de conhecimento, tendo por possibilidade a interação dos diferentes saberes com vistas ao bem do coletivo (MATUMOTO, 2001).

Dessa forma, toda equipe é co-responsável pela prestação de serviços à comunidade e atenção aos problemas de saúde da população adstrita, desenvolvendo assim, ações de práticas promotoras da saúde, respeitando o limite de cada categoria profissional (CNSS, 2007).

Um importante instrumento de acompanhamento dessas ações de saúde desenvolvidas pela equipe que permite a avaliação destas práticas é o Sistema de Informações de Atenção Básica, criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Tal sistema agrega e processa os

dados dos atendimentos realizados por toda equipe em consultório e nas atividades extramuro (SILVA; LAPREGA, 2005).

O sistema tem potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações. Significa a possibilidade de uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais, uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde (FREITAS; PINTO, 2005).

Outra ferramenta que influencia na qualidade da assistência primária é visita domiciliar, instrumento importante dentro da Estratégia Saúde da Família, devendo ser realizada por todos os profissionais de forma racional e com princípios definidos. Visa o conhecimento da realidade em que está inserida, seu cliente e sua família, permitindo uma apreciação das condições físicas e ambientais onde o indivíduo e sua família estão inseridos, fortalecendo também, o vínculo cliente-profissional (SOUZA et al., 2004).

O Ministério da Saúde (2009) afirma que o primeiro ponto para implantação da Estratégia é o diagnóstico da realidade local, onde a equipe deve buscar o conhecimento sobre os pontos fortes da comunidade (capacidade de superar problemas), perceber os fatores de determinação do processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade e a partir disso esboçar, dentre os problemas encontrados, a ordem de sua prioridade e as estratégias para sua superação, além de conhecer o perfil epidemiológico da população de área de abrangência e garantir estoque de insumos para desenvolvimento das estratégias e adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

Quando os pacientes passam pelo mesmo profissional, em vez de diferentes profissionais o atendimento se torna mais eficiente. Num estudo realizado por Hjortdahl (1992, apud Starfield 2002), na Noruega, os profissionais médicos que atendem tais pacientes relatam ter maior conhecimento do histórico médico, de sua personalidade e rede social quando sua relação social era mais longa (média de um a cinco anos para boa base de conhecimento).

A decisão de inserir a família no contexto da atenção primária vem por conta do indivíduo estar inserido em uma família que interfere no processo de saúde-doença deste (positiva ou negativamente). Sendo também família o

domicílio onde este núcleo se insere, constituído por uma infraestrutura que circunda uma família, dando suporte e sendo o cuidado com este, também, foco de atenção assim como sua inserção no meio social (RIBEIRO, 2004).

A qualidade das ações prestadas a essa família e à comunidade depende da garantia de acesso aos serviços e ações de saúde que são desenvolvidas pela Unidade de Saúde. Para Schimith; Lima (2004) o acolhimento é a ferramenta que busca a garantia de acesso aos usuários através da abertura dos serviços e oferta das ações com intuito de responsabilizar-se pelos problemas da comunidade assistida e esforçar-se por resolvê-los ou referenciá-los na impossibilidade de saná-los.

Schimith; Lima (2004) afirmam ainda que o estabelecimento de um vínculo fomenta a participação do usuário durante a prestação de serviço, concedendo, portanto, o desenvolvimento da cidadania e a inclusão social, ampliando a eficácia das ações.

O Ministério da Saúde diz que é uma forma de operar os serviços de saúde onde o cliente é sujeito e deve ser ouvido e ter seus problemas resolvidos, recebendo orientação, quando se fizer necessário, quanto a outros serviços de saúde, garantindo a continuidade da assistência e articulação com os demais serviços, garantindo eficácia dos atendimentos (BRASIL, 2004).

Esta organização promove o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e dá lugar a uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas (BRASIL, 2005).

Para o Ministério da Saúde a qualidade do desenvolvimento da estratégia está ligada ao grau de atendimento a padrões de qualidade que são estabelecidos através de normas e protocolos que organizam práticas e ações de saúde, conhecimentos técnicos e científicos atuais, obedecendo a valores culturalmente aceitos (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva de reorientação do modelo assistencial baseado na prevenção e promoção da saúde e na dinâmica observada no processo saúde e doença, faz-se necessária avaliação das estruturas (infraestrutura, serviços e profissionais) e dos processos (ações de intervenção e interação) de trabalho dentro do modelo de assistência à saúde da família.

Este trabalho é importante por orientar a formação de um diagnóstico, que será realizado pelos próprios atores envolvidos no trabalho, acerca da estrutura física, funcionamento dos serviços e das práticas desenvolvidas pelos profissionais para o desenvolvimento da estratégia de acordo com os princípios normativos e organizativos da Estratégia Saúde da Família. Tal estudo possibilita a detecção de pontos críticos, que comprometem o desenvolvimento adequado da Estratégia, e aspectos já consistentes no desenrolar do processo de solidificação da atenção primária nas unidades a serem pesquisadas.

Partindo do exposto, o trabalho se propôs a avaliar a qualidade dos serviços oferecidos em Unidades de Saúde de São Luís-MA, pois são poucas as pesquisas sobre esse assunto e para que possa ser despertado o interesse para a realidade em que funcionam as mesmas e a conscientização para mudanças que visem melhorias, tanto nas condições de trabalho dos profissionais como para o usuário do SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Avaliar a qualidade da estrutura e do processo de trabalho em duas Unidades Básicas de Saúde da Família considerando as normas do Ministério da Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Identificar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde da Família.
- Verificar a presença de equipamentos para desenvolvimento das ações de saúde intra e extramuro.
- Conhecer a organização do trabalho em Saúde da Família, considerando as ferramentas e diretrizes para a prática diária na Estratégia Saúde da Família.
- Identificar o desenvolvimento de ações de humanização, acolhimento e responsabilização.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma avaliação da qualidade da estrutura e do processo de trabalho, cujo referencial foi a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), tendo como metodologia a autoavaliação orientada por instrumentos dirigidos.

As Unidades de Saúde escolhidas localizam-se em áreas distintas da cidade, sendo uma, a Unidade de Saúde da Família do São Francisco, localizada na zona urbana e outra, na zona rural, localizada no Maracanã (Unidade Básica de Saúde do Maracanã), localizadas no município de São Luís/MA. A escolha das Unidades foi justificada por se tratar de zonas distintas, com realidades diferenciadas pela localização e pelo acesso.

O estudo foi dividido em etapas interrelacionadas e sequenciais, sendo que primeiramente foram feitas visitas pelos pesquisadores às Unidades de Saúde para que pudesse ser assinado o Termo de Consentimento pelas diretoras das respectivas Unidades (Apêndice A).

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2009, após a devida liberação da Superintendência de Educação da Secretaria de Saúde do município de São Luís.

Após assinatura do Termo, foram aplicados os questionários aos diretores. Para complementar as questões respondidas pelos mesmos, as pesquisadoras fizeram uma observação *in loco* e análise documental (relatórios – em momento subsequente, com data previamente agendada, complementando as informações inicialmente fornecidas pelos diretores.

Os questionários encontram-se nos Anexos A e B e contêm variáveis relacionadas à estrutura (infraestrutura, equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos) e relacionadas ao processo de trabalho (forma de organização do trabalho, acolhimento, humanização e responsabilização) com padrões definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Os dados foram organizados e agrupados em quadros para serem comparados entre si. Foram agrupados itens para cada bloco do questionário, que foi dividido em padrões de estágio:

Elementar: é o padrão de estágio que aborda itens fundamentais da estrutura e ações indispensáveis da Estratégia Saúde da Família.

Desenvolvimento: aborda elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho.

Consolidado: aborda processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações.

Boa: aborda ações de maior complexidade nos cuidados e resultados mais duradouros e sustentados.

Avançada: colocam-se como horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo, como ficou estabelecido em outros momentos, teve como proposta primordial, a análise comparativa dos dados referentes à estrutura física de duas UBSF de São Luís - MA e o processo de trabalho das equipes lotadas nessas unidades, a qual norteou todas as ações da pesquisa, incorporando, ao longo do período, uma diversidade de dados de várias autoridades no assunto, na construção do seu referencial teórico. Cada Unidade conta com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e 08 agentes comunitários de saúde na UBSF do São Francisco e 05 na UBSF do Maracanã.

Por esta razão e pelo fato de permitir uma análise qualitativa em seus dados, concluiu-se os resultados encontrados na pesquisa, com a respectiva comparação com os apresentados em outras análises, de forma a tornar um trabalho significativo.

Neste estudo observou-se uma grande diferença entre a situação encontrada na Unidade de Saúde da Família do São Francisco e a Unidade de Saúde da Família do Maracanã, pois, na avaliação da qualidade em todos os elementos, níveis e variáveis, foi observada uma situação mais favorável na Unidade de Saúde do Maracanã, o que vem nos mostrar que a localização das Unidades não é fator decisivo para a qualidade dos trabalhos oferecidos e desenvolvidos para a população.

O Quadro 1 mostra o elemento *infraestrutura e equipamentos*. Observa-se que a Unidade de Saúde do Maracanã alcançou 90% do exigido no que diz respeito ao nível elementar, enquanto que a Unidade de Saúde do São Francisco alcançou apenas 37,5%. Esta diferença encontrada nos mostra que a unidade da Zona Rural, mesmo distante do centro da capital, possui as condições mínimas exigidas para que possam ser realizadas ações indispensáveis da Estratégia Saúde da Família.

Este fato é de suma importância, como pode ser exemplificado por Schimith; Lima (2004), quando citam que a qualidade das ações prestadas às famílias e à comunidade depende da garantia de acesso aos serviços e ações de saúde que são desenvolvidas pela Unidade de Saúde. Sendo assim, para que

essas ações sejam oferecidas à população em geral, é necessário ter o mínimo a oferecer.

Quadro 1 - Infraestrutura e equipamentos. São Luís, 2009

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
Infraestrutura e equipamentos	Elementar	Consultório com equipamentos básicos	N	S
		Consultório com privacidade visual e auditiva	N	S
		Consultório ginecológico com biombo	S	S
		Equipamentos básicos para Agente de Saúde (trabalho externo)	N	N
		Equipamento completo e instrumentos odontológicos para desenvolvimento de atividades	N	S
		Possui ambientes com condições adequadas para desenvolvimento de ações básicas de saúde	N	S
		Espaço coberto para recepção de espera, com assentos em número compatível com a demanda	S	S
		Geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura	S	S

Legenda: S = Sim; N = Não

Com relação ainda ao nível *infraestrutura*, o Quadro 2 a seguir mostra que no nível desenvolvimento, tanto a Unidade de Saúde do São Francisco quanto a Unidade de Saúde do Maracanã alcançaram 50% do exigido. Enquanto no nível *consolidada*, a unidade do Maracanã alcançou 63% do exigido e atende também às normas do nível *Boa*, pois possui estrutura para atender pacientes com necessidades especiais, enquanto que a do São Francisco alcançou apenas 27%, do nível *consolidada* e não possui condições físicas de acesso para esses pacientes. Concluindo, no elemento *infraestrutura*, apenas a Unidade do Maracanã atinge o nível avançado, alcançando 50% do exigido.

Sendo assim, verificamos que existem grandes diferenças entre as referidas Unidades de Saúde, no que diz respeito à infraestrutura e nos confirma que a Unidade do Maracanã, mesmo sendo zona rural, possui condições físicas e

de equipamentos bem melhores que as oferecidas em plena capital, em uma Unidade de Saúde localizada em zona nobre da cidade.

Este fato vem afirmar o citado por Brasil (2000), quando refere que, ao priorizar a atenção básica, o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão, ou seja, não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis.

Quadro 2 - Infraestrutura e equipamentos. São Luís, 2009

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
Infraestrutura e equipamentos	Desenvolvimento	Programa uso e adequação dos ambientes para realizar procedimentos básicos	N	S
		Equipamentos gineco-obstétrico são em número suficiente	S	N
	Consolidada	O número de consultórios da USF permite atendimento médico e de enfermagem concomitantemente	N	S
		Tensiômetros e balanças são aferidos com parâmetros técnicos	N	N
		Agente de saúde dispõe de outros equipamentos para trabalho externo	N	S
		A USF possui linha telefônica	S	S
		A USF possui equipamento de informática	N	S
		A USF possui sala para realização de reunião da equipe, atividade interna ACS e educação permanente	N	S
		Outros equipamentos para atendimentos pelas equipes	N	N
		Equipamentos básicos de urgência e emergência	N	N
		A atividade externa da equipe é programada e em veículos da SEMUS	S	S
		Equipamentos eletrônicos para atividades educativas	S	S
		Atendimento integrado entre TSB e Cirurgião-Dentista	N	N
		Boa	Atendimento de pessoas com necessidades especiais (estrutural)	N
	Avançada		Acesso a internet disponível aos trabalhadores	N
		Consultório ginecológico com banheiro exclusivo	N	S

Legenda: S = Sim; N = Não

Quanto aos elementos *insumos, imunobiológicos e medicamentos*, o Quadro 3 mostra que no nível elementar e de desenvolvimento a Unidade de Saúde do São Francisco obteve respectivamente, 75% e 42% do preconizado, enquanto que a do Maracanã alcançou em todos os dois níveis os 100% exigidos.

Já no nível *consolidada* as duas Unidades de Saúde alcançaram apenas 50% da meta e nos níveis *boa* e *avançada*, apenas a Unidade do Maracanã conseguiu a meta de 100% do esperado, enquanto que a Unidade do São Francisco não conseguiu atingir nenhuma pontuação.

Estes dados vêm demonstrar que também nos elementos citados neste quadro há uma grande diferença entre as duas Unidades de Saúde, mostrando que a Unidade de Saúde do São Francisco encontra-se muito prejudicada, comprometendo a qualidade da assistência oferecida à população local, pois não possui muitos insumos e medicamentos básicos necessários ao atendimento dos usuários ou, quando os possui, encontram-se em quantidade insuficiente ou em locais não apropriados para conservação e estoque.

Este fato requer atenção, pois vai de encontro com o preconizado por (CAMPOS, 2003) quando fala que as ações de promoção de saúde, prevenção de fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação, devem acontecer de forma articulada, caracterizando integralidade, onde o indivíduo é tido como um todo e todas as suas necessidades são cobertas. Logo, verificamos que a população assistida pela equipe do Maracanã tem condições bem mais satisfatórias de atendimento para sua população que a equipe do São Francisco.

Quadro 3 - Insumos, imunobiológicos e medicamentos. São Luís, 2009.

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
Insumos imunobiológicos e medicamentos	Elementar	Realiza todas as vacinas básicas	S	S
		Fornecer medicamentos básicos para as parasitoses mais frequentes	S	S
		Dispõe de insumo p/ atividade educativa com a população	N	S
		Medicamentos para anemias e hipovitaminoses	S	S
	Desenvolvimento	Insumos básicos e suficientes para ações de saúde	N	S
		Insumo de Saúde Bucal suficiente para as ações regularmente	N	S
		Material impresso suficiente para ações de saúde	N	S
		Glicosímetro e fita em quantidade suficiente	N	S
		Antibióticos básicos para tratamento de doenças infecciosas mais frequentes	S	S
		Medicamentos para hipertensão arterial	S	S
		Medicamentos para diabetes	S	S
	Consolidada	Distribui insulina NPH armazenadas em geladeira	S	S
		Medicamentos básicos para 1ª crise hipertensiva	N	N
	Boa	Medicamentos inalatórios para asma	N	S
		Dispõe medicamentos para tratamento das doenças do trato gastrointestinal	N	S
	Avançada	Medicamentos básicos para 1ª crise epilética de grande mal	N	S

Legenda: S = Sim; N = Não

Com relação ao elemento Organização do trabalho em saúde da família, verifica-se no Quadro 4, que no nível elementar e no nível desenvolvimento, as duas Unidades de Saúde alcançaram respectivamente, 50% e 80 % do preconizado e no nível consolidada vimos um primeiro momento em que a Unidade de Saúde do Maracanã alcançou apenas 42% da meta enquanto que a do São Francisco alcançou 75%.

Nesse quadro mostra-se uma melhora nas condições de trabalho, o que pode ser considerado devido esses elementos não dependerem tanto da estrutura física e insumos e sim da importância dada a este processo de organização por parte dos componentes da equipe de saúde da família.

Em Brasil (2005), esta organização promove o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e dá lugar a uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas.

Quadro 4 - Organização do trabalho em saúde da família. São Luís, 2009.

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
Organização do trabalho em saúde da família	Elementar	Cadastramento de famílias atualizado mensalmente	N	N
		Visita domiciliar é sistêmica e permanente	S	S
		Unidade funciona todos dias úteis, dois expedientes	S	S
		A ESF faz "Painel da Situação"	N	N
	Desenvolvimento	Avaliação semestral de resultados	N	N
		Mapa da área com microáreas	S	S
		Diagnóstico da situação de saúde	S	S
		Assistência domiciliar planejada	S	S
		Prontuários organizados por núcleos familiares	S	S
	Consolidada	Registros do território e sua população	S	S
		Cronograma é definido em equipe	S	S
		Monitoramento das referências para outros níveis	N	N
		Monitoramento das solicitações de exames diagnósticos	S	N
		Divulgação consultas e exames	N	N
		Reunião semanal da equipe	S	N
		Reunião mensal da equipe	S	S

Legenda: S = Sim; N = Não

Já o Quadro 5, também com o elemento organização do trabalho em saúde da família, mostra que nos níveis boa e avançada apenas a Unidade de Saúde do Maracanã alcançou 66% no primeiro nível e nenhuma das duas realiza as atividades exigidas na avançada.

Relata-se que essas variáveis são importantes para a organização do trabalho das equipes, como é citados em Brasil, (2005), que para o Ministério da Saúde a qualidade do desenvolvimento da estratégia está ligada ao grau de atendimento a padrões de qualidade que são estabelecidos através de normas e protocolos que organizam práticas e ações de saúde, conhecimentos técnicos e científicos atuais, obedecendo a valores culturalmente aceitos.

Quadro 5 - Organização do trabalho em saúde da família. São Luís, 2009

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
Organização do trabalho em saúde da família	Boa	Monitoramento da procura pelo serviço quanto à solicitação	N	N
		Mapas de trabalho atualizados	N	S
		A ESF trabalha o diagnóstico, planejamento e ações.	N	S
	Avançada	“Painel da Situação” com mapas, dados e informações	N	N
		Avaliação semestral dos resultados alcançados	N	N

Legenda: S = Sim; N =Não

O Quadro 6, por sua vez, apresenta os elementos acolhimento, humanização e responsabilização, onde no nível elementar as duas unidades de Saúde alcançaram 100% do preconizado, no nível desenvolvimento apenas a Unidade do Maracanã obteve novamente 100%, enquanto que a do São Francisco alcançou apenas 33%.

No nível consolidada, a Unidade do São Francisco não realizava nenhuma das variáveis, enquanto que a do Maracanã alcançou apenas 33%.

No Nível boa as duas unidades conseguiram alcançar 50% da meta e no nível avançada 100%.

As variáveis apresentadas neste quadro são a base para um bom desenvolvimento da assistência prestada pela equipe. Schimith e Lima (2004), afirmam que o estabelecimento de um vínculo fomenta a participação do usuário durante a prestação de serviço, concedendo portanto, o desenvolvimento da cidadania e a inclusão social, ampliando a eficácia das ações.

Eles relatam também que o acolhimento é a ferramenta que busca a garantia de acesso aos usuários através da abertura dos serviços e oferta das ações com intuito de responsabilizar-se pelos problemas da comunidade assistida e esforçar-se por resolvê-los ou referenciá-los na impossibilidade de saná-los.

Quadro 6 - Acolhimento, humanização e responsabilização. São Luís, 2009

Elementos	Níveis	Variáveis	UBSF	
			São Francisco	Maracanã
<b>Acolhimento, humanização e responsabilização</b>	Elementar	Atenção diferenciada para famílias em situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social	S	S
		Informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários	S	S
	Desenvolvimento	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização de serviço	N	S
		Critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados	S	S
		Recursos para registro de sugestões e reclamações ao alcance dos usuários	N	S
	Consolidada	Outros horários para atendimentos das famílias	N	N
		Escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF	N	S
		Avalia e responde as sugestões e reclamações encaminhadas	N	N
	Boa	Iniciativas que estimulam autonomia, autocuidado e co-responsabilidade dos usuários	S	S
		Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços	N	N
	Avançada	A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras	S	S
		Serviços são disponibilizados sem restrições de horário por ciclos de vida, patologia ou grupos populacionais específicos	S	S

Legenda: S = Sim; N = Não

## 5 CONCLUSÃO

De acordo com a literatura consultada e com os resultados obtidos, pode-se concluir que:

- a) existe grande diferença nas estruturas físicas e no processo de trabalho das Unidades de Saúde do São Francisco e do Maracanã;
- b) a Unidade de Saúde da Família do Maracanã possui melhor estrutura física e processo de trabalho, dando uma melhor assistência aos seus usuários que a unidade de Saúde do São Francisco;
- c) mesmo estando localizada em zona rural, bem distante do centro da capital, a Unidade do Maracanã tem todas as condições necessárias para realizar um atendimento de qualidade, em um local com infraestrutura, equipamentos, insumos e medicamentos de qualidade e realiza um adequado processo de trabalho aos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, J.L.M. A atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas do desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, n.1, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf>>. Acesso em: 9 jan., 2009.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**: Brasília, Documento Técnico. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**: Brasília, Documento Técnico. 2005. Disponível em:<[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 10 jun., 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**: Brasília, Documento Técnico. 2006.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, v. 12, n 1, 2002. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312002000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jan., 2009.

CAMPOS, C.E. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Rev. Ciências Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2003.

CREVELIM, M.A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Rev. Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 2, abr./jun.2005.

CNSS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, v. 8. 2007.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de Saúde da Família sobre a utilização do sistema de Informação da atenção básica - SIAB. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, jul./ago. 2005.

MATUMOTO, S. Saúde Coletiva: um desafio para enfermagem. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./fev., 2001.

PARÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Pará. Disponível em: <[www.sespa.pa.gov.br/Sus/Sus/sus\\_oquee.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Sus/sus_oquee.htm)>. Acesso em 12 jan., 2009.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **Rev. Bras. Geografia Médica e da Saúde**. v. 2. n. 2, jun, 2006. Disponível em: <[www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/)>. Acesso em 25 jun., 2009.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário Estratégia Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 4, jul.-ago., 2004.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, MG, v. 8, n. 6, dez., 2000.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C. J. V. **Dificuldades de Implantação do Programa Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Disponível em: <[www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v006n2/Gerencia2.pdf](http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v006n2/Gerencia2.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2009.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 27 dez., 2008.

SCHIMIT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez., 2004.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Nov./dez.2005.

SILVA, T.C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma Equipe de Saúde da Família**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VUGQF/1/teresa\\_cristina\\_santos\\_silva.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VUGQF/1/teresa_cristina_santos_silva.pdf)>. Acesso em: 9 jun., 2009.

SOUZA, C.R. et. al. **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar**. 2004. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/G\\_contexto.html#Tema](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html#Tema)>. Acesso em 26 jun., 2009.

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

## APÉNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias, Qd. 39, Casa 07 - Renascerça – São Luís – MA

e-mail: academico@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N - Campus do Bacanga, Prédio CEB -  
Velho, Bloco C, Sala 7 - CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708

Pesquisadoras: Dilma Moraes Albuquerque, Djanira Abreu, Laurene Milhomem Sousa  
Moraes, Maria Auxiliadora Trindade Lucena, Maria do Carmo Jesus  
Barbosa

**A ESTRUTURA E O PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE**

Prezado(a) Sr(a), estaremos realizando uma pesquisa para avaliar a qualidade, da estrutura e do processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde da Família na área urbana e rural de São Luís – MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas que permitirão conhecer a estrutura e o processo de trabalho relacionados à Estratégia de Saúde da Família. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr.(a) desejar se retirar da pesquisa. O Sr.(a). poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre a infraestrutura da unidade, equipamento e da organização do serviço. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís (MA) / /

---

Assinatura e carimbo do Pesquisador  
responsável

---

Sujeito da pesquisa

Unidade Básica de Saúde do Maracanã  
Francisco  
Av.Principal S/N - Maracanã  
CEP: 65.000-000  
São Luís – MA

Un. Básica de Saúde do São  
Francisco  
Rua 08 S/N - São Francisco  
CEP: 65.000-000  
São Luís – MA

ANEXOS

## ANEXO A – Instrumento nº3. Infra-estrutura e Equipamentos da USF.

## Infra-estrutura e Equipamentos da USF

## Q Elementar

3.1	PB	E	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.	( S ) ( N )
Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização freqüente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).				
3.2	PB	E	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	( S ) ( N )
O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.				
3.3	PB	E	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.	( S ) ( N )
Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade, além das referências culturais das usuárias.				
3.4	PB	E	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	( S ) ( N )
Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.				
3.5	PB	E	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	( S ) ( N )
O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave e equipamentos de proteção individual (EPIs). Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada. A lista básica de equipamentos, instrumentais e insumos está publicada no site do projeto: <a href="http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm">http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm</a> (entrar em Proposta Técnica, depois ir para Áreas Técnicas e depois Saúde Bucal).				
3.6	PB	E	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	( S ) ( N )
O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.				

3.7	PB	<b>E</b>	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	( S ) ( N )
Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.				

3.8	PB	<b>E</b>	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.	( S ) ( N )
Este equipamento reservado ao uso exclusivo da atividade de imunização com controle de temperatura é considerado critério de qualidade da Atenção Básica.				

### Q Desenvolvimento

3.9	PB	<b>D</b>	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.	( S ) ( N )
O padrão, ao utilizar a expressão "uso e adequação" dos ambientes, refere-se ao entendimento atual do MS de que os espaços na USF podem ser multi-uso, desde que sejam respeitadas as normas para o seu funcionamento.				

3.10	PB	<b>D</b>	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF.	( S ) ( N )
A USF possui instrumentais e materiais de consumo para o atendimento gineco-obstétrico em quantidade e garantia de esterilização compatível com a demanda esperada (suficiente para não causar interrupções ou prejuízos à assistência). Instrumentais: espéculos pequenos, médios e grandes; pinças de Cheron; pinça de Pozzi, pinça auxiliar, cuba rim, cubas inoxidáveis. Materiais de consumo: luvas, algodão, gaze, compressas, ácido acético, lugol, álcool, solução fixadora, lâmina para citologia, espátula de Ayre e escova endocervical.				

### Q Consolidada

3.11	PB	<b>C</b>	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à existência de consultórios com equipamentos básicos (padrão 3.1) em número suficiente para que médicos e enfermeiros das ESF realizem atendimentos concomitantemente, sem interrupções em qualquer período de funcionamento da USF.				

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

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

3.14	> 100	<b>C</b>	A USF dispõe de linha telefônica.	<b>( S ) ( N )</b>
Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais.				
3.15	> 100	<b>C</b>	A USF dispõe de equipamento de informática.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à USF dispor de, no mínimo, um equipamento composto por: CPU, monitor de vídeo, teclado, mouse, estabilizador e impressora compatíveis em boas condições de uso, bem como, insumos que permitam seu funcionamento (papel, cartuchos de tinta).				
3.16	PB	<b>C</b>	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.	<b>( S ) ( N )</b>
Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.				
3.17	PB	<b>C</b>	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o aumento da resolubilidade da AB.				
3.18	PB	<b>C</b>	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à USF possuir:ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratória.				
3.19	PB	<b>C</b>	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.	<b>( S ) ( N )</b>
A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade de veículo da SMS para atendimento das atividades externas programadas pelas ESF.				
3.20	PB	<b>C</b>	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som.				

**Q** Boa

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

**Q** Avançada

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

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

## Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

### Q Elementar

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

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

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

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

### Q Desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

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

### **Q** Consolidada

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

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

**Q Boa**

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

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

**Q Avançada**

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

## ANEXO B – Instrumento nº 4. Consolidação do modelo de atenção.

## Organização do Trabalho em Saúde da Família

**Q** Elementar

4.01	<b>E</b>	O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a atualização da ficha A do SIAB. Considerar, para resposta afirmativa, a atualização no sistema de informação.			

4.02	<b>E</b>	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.			

4.03	<b>E</b>	A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.			

4.04	<b>E</b>	A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.			

**Q** Desenvolvimento

4.05	<b>D</b>	A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.			

4.06	<b>D</b>	A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS.	<b>( S ) ( N )</b>
O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.			

4.07	<b>D</b>	A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se ao levantamento das informações presentes na Ficha A (SIAB) associado ao mapeamento de áreas de risco e entrevistas com lideranças da comunidade. Outras fontes de informação podem ser os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa.			

4.08	<b>D</b>	A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe.			

4.09	<b>D</b>	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.			

### **Q** Consolidada

4.10	<b>C</b>	A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.	<b>( S ) ( N )</b>
Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.			

4.11	<b>C</b>	O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.	<b>( S ) ( N )</b>
Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.			

4.12	<b>C</b>	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	<b>( S ) ( N )</b>
Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			

4.13	<b>C</b>	A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.	<b>( S ) ( N )</b>
A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			

4.14	<b>C</b>	A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.			

4.15	<b>C</b>	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.	<b>( S ) ( N )</b>
o padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.			

4.16	<b>C</b>	A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.			

**Q Boa**

4.17	<b>B</b>	A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	<b>( S ) ( N )</b>
A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.			

4.18	<b>B</b>	Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.	<b>( S ) ( N )</b>
Padrão mais elevado em relação ao 4.6 . Além das áreas de responsabilidade dos ACS, os mapas de trabalho da ESF discriminam os principais recursos comunitários, as regiões de maior vulnerabilidade/risco, acompanhamento de situações epidemiológicas, entre outros processos. Indica aperfeiçoamento em direção ao trabalho com mapas mais dinâmicos e informativos, os mapas vivos.			

4.19	<b>B</b>	A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.			

**Q Avançada**

4.20	<b>A</b>	A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território.	<b>( S ) ( N )</b>
O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.			

4.21	<b>A</b>	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	<b>( S ) ( N )</b>
Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.			