

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE  
E SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**ANA CÉLIA LIMA TORRES  
FRANCY HELLEN ROSA DE MORAES  
ROSEANY SANTOS FURTADO**

**PROPOSTA DE AUDITORIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



São Luís  
2012

**ANA CÉLIA LIMA TORRES  
FRANCY HELLEN ROSA DE MORAES  
ROSEANY SANTOS FURTADO**

**PROPOSTA DE AUDITORIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão e Saúde da Família da LABORÓ-Excelência em pós-graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde e Saúde da Família.

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

São Luís  
2012

Torres, Ana Célia Lima et al.

Proposta de auditoria em unidade básica de saúde da família/Ana Célia Lima Torres; Franci Hellen Rosa de Moraes; Roseany Santos Furtado. - São Luís, 2012.

46f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão Em Saúde e Saúde da Família) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde e Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Auditoria. 2. Proposta. 3. Unidade com Estratégia em Saúde da Família.. I. Título.

CDU 35:613.9

**ANA CÉLIA LIMA TORRES  
FRANCY HELLEN ROSA DE MORAES  
ROSEANY SANTOS FURTADO**

**PROPOSTA DE AUDITORIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão e Saúde da Família da LABORO-Excelência em pós-graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde e Saúde da Família.

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

Aprovado em:    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)

Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo- USP

---

**Prof<sup>a</sup>. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm** (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo- USP

Dedicamos este trabalho aos nossos familiares e amigos que nos incentivaram a buscar mais conhecimento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos abençoar e nos manter firmes na busca de mais essa conquista.

Às nossas famílias, por nos estimular e ajudar no enfrentamento dos obstáculos imprevistos.

À todos os professores que compartilharam seus conhecimentos conosco.

À todos os funcionários do Instituto Laboro, pela atenção e serviços prestados.

À nossa orientadora, Mônica Gama, por aceitar este desafio e nos auxiliar na concretização deste trabalho.

À querida amiga Rosário Almeida, pela força e colaboração neste estudo.

Muito obrigada a todos!

*É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta.*

*Michel de Montaigne*

## RESUMO

Atualmente a auditoria se estabelece como uma ferramenta importante no auxílio da avaliação da qualidade dos serviços na área da saúde. Sendo também fundamental para orientar os gestores quanto à aplicação eficiente dos recursos em todos os níveis da assistência. Proposta de auditoria em unidade básica de Saúde da família objetivou disponibilizar como sugestão um roteiro previamente planejado para realização da fase operativa do processo de auditoria de forma sistematizada, fundamentado no “Guia Prático do Programa Saúde da Família” e no “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família”, ambos obedecendo ao disposto na resolução\_RDC n.50 da Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002, que trata da regulamentação técnica do planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. O presente estudo pauta-se no modelo habitual de avaliação contemplando os itens “Estrutura, Processo e Resultado” e contempla a estrutura física mínima, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para efetivação das atividades em uma USF, as estratégias prioritizadas na APS, fluxos de referência e contra-referência, e os indicadores do Pacto Pela Saúde, estabelecidos e regulamentados pela Portaria n.º 91/GM de 10 de janeiro de 2007 do Ministério de Saúde e o grau de satisfação dos usuários. Diante do exposto, espera-se que o instrumento avaliativo elaborado nesta pesquisa sirva de suporte para a prática de auditoria em USF e que possibilite um retorno produtivo a equipe de auditores, no que diz respeito às questões de maior relevância nesse processo, contribuindo com o conhecimento da realidade e das necessidades dos usuários, como também do desempenho dos serviços de saúde nessas unidades.

**Palavras-chave:** Auditoria. Proposta. Unidade com Estratégia em Saúde da Família.

## ABSTRACT

Currently the audit is established as an important tool in helping to assess the quality of services in health care. Is also essential to guide managers on the efficient application of resources at all levels of care. Proposed audit unit of the family health strategy aimed to provide a roadmap as a suggestion previously planned to perform the operational phase of the auditing process in a systematic manner, based on "Practical Guide to Family Health Program" and "Manual of Physical Structure of Basic Health Units: family Health ", both complying with the provisions of resolution\_RDC n.50 Anvisa of February 21, 2002, which deals with the technical regulations of the planning, programming, development and evaluation of physical projects of health care establishments health. The present study is guided in the usual model of assessment items contemplating "Structure, Process and Outcome" and addresses the minimum physical structure, human resources, equipment and materials necessary for the execution of activities in a USF, strategies prioritized in the APS, flows reference and cross-reference, and the indicators of the Pact for Health, established and governed by Administrative Rule no. 91/GM of January 10, 2007 the Ministry of Health and the degree of user satisfaction. Given the above, it is expected that the assessment tool developed in this research serve as a support for the practice of auditing in USF and that allows a return to productive team of auditors, with respect to the issues of greatest importance in this process, contributing to the knowledge of reality and the needs of users, but also the performance of health services in these facilities.

**Keywords:** Audit. Proposal. Unit with Family Health Strategy.

## LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
DENASUS	-	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EAS	-	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
MS	-	Ministério da Saúde
PAB	-	Piso da Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	-	Programa Nacional de Imunização
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SADT	-	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SCNES	-	Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN	-	Sistema de Informação sobre Agravos e Notificações
SISVAN	-	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3</b>	<b>DESCRIÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	17
<b>4</b>	<b>PROPOSTA DE AUDITORIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	21
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	24
	REFERÊNCIAS.....	26
	APÊNDICE. ....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros registros da prática de auditoria datam de 2006 a. C., proveniente da área contábil. No entanto, apenas no século XII d. C, esta prática difunde-se consideravelmente na Inglaterra, passando a ser denominada propriamente de auditoria. No século XVII, a Revolução Industrial impulsiona a adoção de novas diretrizes no processo de auditoria, a fim de atender às necessidades das grandes empresas daquela época. (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

A palavra auditoria tem sua origem no latim “audire”, que significa ouvir, mas esse termo, no idioma inglês, “*audit*”, encontra-se melhor representado, pois significa examinar, corrigir e certificar. (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Na área da saúde, a primeira prática sistematizada de auditoria ocorreu em 1918, através do trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, no qual foi verificada a qualidade da assistência oferecida ao paciente por meio do registro em seu prontuário. (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

No Brasil, durante a década de 1980, o setor da saúde passou por inúmeras transformações, incluindo a forma de reorganizar as ações de atendimento. A atual realidade político-financeira, assim como o processo de globalização estimulou o setor saúde a apresentar novas alternativas para a gestão com base nas organizações dos serviços de saúde que necessitaram se adequar às exigências de um mercado cada vez mais competitivo. (PAIM; CICONELLI, 2007).

De fato, a auditoria, no setor saúde, focalizava a princípio a avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, e que devido à alta competitividade nos serviços hospitalares, com oferecimento de tratamentos mais onerosos, além da preocupação com a relação custo/benefício adequada, exigiu a atuação de profissionais capacitados, dotados de uma visão econômico/contábil com o propósito de operacionalizar o processo de auditoria. Dessa forma, a auditoria mantém-se na rotina das instituições de saúde, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente, como também os processos internos e as contas hospitalares. (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Considera-se avaliação a análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde com o propósito de averiguar se os critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade determinados para o sistema estão adequados (BRASIL, 1998).

Para Brasil (2003) a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito que se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades.

Segundo Racoveanu; Johansen (apud ADAMI, 2000) a assistência de saúde de qualidade está associada ao alto nível de competência profissional; a eficiência na utilização dos recursos; a redução de riscos para os pacientes; e, a um resultado satisfatório na saúde.

Admiti-se, portanto, que a qualidade da assistência à saúde está atrelada a existência de recursos humanos qualificados e recursos materiais proporcionais aos cuidados ofertados. (PERES; CIAMPONE, 2006).

Adami (2000), afirma que a auditoria é um instrumento avaliativo da qualidade do cuidado que compara a assistência prestada com os padrões considerados aceitáveis, sendo atualmente a qualidade um pré-requisito imprescindível para a sobrevivência econômica e de atribuição à ética profissional e social.

Chiavenato (1999) refere-se à auditoria como um sistema de controle que se fundamenta na determinação de padrões de quantidade, qualidade, tempo e custo. Enfatizando que tais padrões possibilitam a avaliação e controle através do confronto do desempenho com os resultados daquilo que se pretende controlar.

O termo controle é definido como monitoramento de processo que objetiva constatar a conformidade dos padrões estabelecidos e verificar ocorrências que exijam uma avaliação minuciosa (BRASIL, 2011).

Corroborando com os autores supracitados, Brasil (2001) destaca que a auditoria condiz com um conjunto de técnicas que avalia processos, resultados e aplicação de recursos financeiros, através da comparação entre a situação constatada e certos critérios técnicos, operacionais e legais, como também se reflete numa importante técnica de controle, visando melhor aproveitamento de recursos, evitar ou corrigir desperdícios, não conformidades, negligências e omissões.

Para Pereira e Takahashi (1991),

Auditoria é a avaliação sistemática de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos.

É válido mencionar que a auditoria pode ser desenvolvida nos diversos setores da saúde e por diferentes profissionais, consideradas de grande relevância as práticas da auditoria médica e de enfermagem. (PAIM; CICONELLI, 2007).

Quanto à execução a auditoria pode ser analítica, feita através da apreciação de relatórios, processos e documentos para verificar se os serviços e sistemas de saúde estão de acordo com as normas e padrões determinados previamente, apontando o perfil da assistência à saúde; ou operativa, quando desenvolvida por meio da verificação direta dos fatos (sejam adquiridos através da observação, mediação, ensaio, entre outros métodos apropriados), documentos e situações para constatar a adequação do atendimento, como também a conformidade e a eficácia dos procedimentos para atingir a melhoria dos cuidados prestados. (BRASIL, 1998).

Nota-se que vários são os métodos que podem conduzir as auditorias, como por meio de entrevistas, questionários, observações ou ainda pela combinação desses métodos (CHIAVENATO, 1999), a partir dos quais são recomendadas medidas corretivas para obtenção dos resultados esperados na prestação dos serviços, e conseqüentemente, a conformidade do atendimento.

A partir da Constituição Federal de 1988, aprovou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo claramente a universalidade da cobertura desse sistema ao determinar em seu art. 196 “A saúde com direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

O SUS consiste no conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, podendo, conforme art. 4º da Lei 8080/90, a iniciativa privada participar em caráter complementar (BRASIL, 2004a).

Portanto, esse sistema de saúde adota o comando único em cada esfera de governo, organizando-se conforme as diretrizes da descentralização, assistência integral e a participação popular. (RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS, 2004).

É equivocada a concepção de sistema de saúde apenas como uma rede prestadora de serviços, uma vez que deve ser entendido como uma complexa estrutura social, organizada, que implica na prestação de serviços individuais e coletivos, além de ações inter -setoriais com objetivo de melhorar a saúde da população. (BRASIL, 2006).

Ressalta-se ainda que, as ações e serviços de saúde são regulados em todo território nacional pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que em seu artigo 18, I, cita que é de competência da gestão municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. (SUS, 2008).

Dessa forma, cabe aos municípios a responsabilidade pela saúde da população de sua área de abrangência, ou seja, atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, e na falta de capacidade de resolução, encaminhar o paciente para receber atendimento em outro nível da assistência. (BRASIL, 1990).

De acordo com Brasil (2007) a Lei nº 8080/90, refere em seu art. 16, inciso XIX, que à direção nacional do SUS compete “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal”.

Sendo assim, o SNA foi legalizado pelo Ministério da Saúde em 1993, regido pelo art. 6º da Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651, de 28 de setembro de 1995, competindo às três instâncias de gestão do SUS – federal, estadual e municipal a operação desse sistema. (CALEMAN, G.; SANCHEZ, M. C.; MOREIRA, M. L., 1998).

Contudo, o Departamento Nacional da Auditoria do SUS (DENASUS), órgão federal que compõe o SNA, é fundamental no monitoramento das ações e análise dos resultados, pois é responsável por desempenhar atividades de auditoria e fiscalização diferenciada no SUS. A auditoria no âmbito do SUS é bastante complexa, uma vez que necessita de um grande número de informações, que precisam ser coletadas e analisadas atentamente, já que vários interesses e responsabilidades estão envolvidos quando se trata de auditar a saúde. Além de realizar auditorias, compete ao DENASUS promover o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do SNA do SUS, no sentido de integrar os processos e práticas de trabalho nos três entes federativos, assim como colaborar para a melhoria organizacional, normativa e pessoal dos órgãos pertencentes ao SNA. (BRASIL, 2011).

Pode-se observar que o desenvolvimento do SNA se dá através de ações de auditoria, que se caracteriza por atividades de inspeção analítica e operativa, tratando-se de um exame sistemático, independente de uma atividade, elemento ou sistema a fim de certificar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as normas previamente determinadas. (BRASIL, 1998).

Convém salientar que o principal objetivo da auditoria consiste em fornecer à administração superior informações imprescindíveis para um controle efetivo da organização ou

sistema, colaborando para o planejamento e o redirecionamento das ações de saúde. O que faz da auditoria uma ferramenta que aperfeiçoa o sistema de saúde, uma vez que contribui com elementos para o estabelecimento de decisões. (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a auditoria tem como finalidades, conferir e resguardar os padrões estabelecidos e realizar levantamento de dados que possibilitam ao SNA ponderar a qualidade, os custos e gastos da assistência à saúde; analisar os elementos dos processos da instituição, serviços ou sistema auditado para obter a melhoria dos procedimentos, após detecção e reparo de desvios dos padrões estabelecidos; analisar a qualidade, abrangência e efetividade dos serviços de saúde ofertados à população; e, gerar informações para auxiliar o planejamento, execução e avaliação qualitativa das ações e serviços de saúde, reforçando o aprimoramento do SUS e a satisfação do usuário. (BRASIL, 1998).

Brasil (1999) cita que as ações de auditoria analítica, no âmbito do SUS são executadas para acompanhar, controlar e avaliar o prestador ou auditado à distância, sendo os serviços examinados no todo ou em parte, a fim de monitorar estruturas, processo e resultados, que poderão apontar a necessidade de auditoria in loco, ou seja, auditoria operativa, diante da exigência de averiguação mais detalhada.

Neste contexto, de acordo com Brasil (2004), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a auditoria se estabelece com a avaliação “in loco” dos aspectos físicos, funcionais e das atividades efetuados, sendo oportuna a verificação da assistência ambulatorial, através da estrutura organizacional e dos serviços prestados.

Ademais, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem Estratégia de Saúde da Família (ESF), disponibilizam um número significativo de consultas médicas e outros procedimentos, tornando relevante a avaliação e o monitoramento do desempenho da assistência prestada nesses serviços. (SALA; NEMES; COHEN, 1998).

Sabe-se que, atualmente a auditoria se constitui numa valiosa ferramenta para auxiliar no planejamento, realização, gerenciamento e avaliação das atividades na área da saúde, uma vez que o processo de auditoria é executado em todas as instituições que prestam serviços nessa área, seja no setor público ou privado conveniado ao SUS como forma de garantir a excelência do atendimento. (COSTA et al, 2004).

Como se pode constatar, a auditoria se estabelece como um importante instrumento de fortalecimento da gestão, pois conforme (BRASIL, 2011), orienta o gestor a empregar com

eficiência o recurso da saúde, possibilitando bons índices epidemiológicos, bem-estar à população, melhoria no acesso e na humanização da assistência.

Assim, diante da importância da prática de auditoria para alcançar a melhoria de qualidade da assistência em saúde, este estudo visa elaborar proposta de auditoria em unidade básica de saúde com ESF de modo a contribuir com a avaliação dos serviços ofertados nesse nível de atenção.

## **2 OBJETIVO**

Elaborar proposta de auditoria em unidade básica de saúde da família, buscando otimizar a assistência oferecida aos usuários.

## **3 DESCRIÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Desde o início da década de 1980, busca-se ampliar a cobertura assistencial em nosso país, sobretudo através da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). (PAIM; CICONELLI, 2007).

Um aspecto importante que deve ser destacado é que a AB organiza-se segundo a Lei 8080/90 e fundamenta-se nos princípios do SUS com ênfase na saúde como direito, na integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e na garantia da participação da comunidade para exercer o controle social. (BRASIL, 2004).

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações realizadas no nível primário de atenção nos sistemas de saúde, de modo individual ou coletivo, a fim de promover e proteger a saúde, prevenir agravos e disponibilizar diagnósticos, tratamento e reabilitação e manter a saúde. (BRASIL, 2006).

Conforme referido anteriormente, a Constituição Federal atribui à administração municipal incumbências sobre ações e serviços de atenção à saúde, pressupondo que a proximidade possibilita-lhes identificar mais facilmente as reais necessidades de saúde da população. Logo, cabe

à gestão municipal organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se encontram inseridas as ações que caracterizam a AB. (BRASIL, 1999a).

Os repasses dos recursos destinados unicamente às ações da atenção básica à saúde são feitos automaticamente através do Piso da Atenção Básica (PAB) constituído de uma parte fixa (PAB fixo), designada à assistência básica e uma parte variável (PAB variável), reservada para impulsionar ações e programas desenvolvidos na AB como, ações de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, assistência farmacêutica básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente considerado como estratégia. (BRASIL, 2004).

Além destes, existem outras áreas estratégicas definidas para operacionalização da AB em todo território nacional, que são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2007a)

Passos e Ciosak (2006), afirmam que a atenção básica é uma estratégia que visa ampliar a cobertura das ações de saúde à população, voltadas para um determinado grupo populacional que habita ou trabalha na área de abrangência das UBS ou Centros de Saúde que correspondem à porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Entende-se por UBS ou Centros de Saúde como uma unidade onde se pratica assistência básica permanente à população, atendendo à demanda espontânea ou programada de forma integral, podendo oferecer assistência odontológica, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e atendimento 24 horas. (BRASIL, 2006a).

Enfatiza-se que compete à AB a responsabilidade de identificar as necessidades da comunidade pertencente a sua área de cobertura, encaminhar os usuários dependendo do caso e monitorar o progresso da reabilitação, assim como acompanhar e manter a reabilitação após o tratamento. (BRASIL, 2004b). No entanto, deve-se mencionar que o atendimento ofertado nas UBS, assim como as ações de saúde podem ser realizados no domicílio. (BRASIL, 2000).

Devido esse fato, faz-se necessário o cadastro da população residente na área de abrangência da unidade, uma vez que as ações de vigilância em saúde se estendem para além das UBS. O cadastramento é feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e proporciona o conhecimento sobre a situação de saúde da população, devendo ser atualizado periodicamente para que se torne um instrumento eficaz. (BRASIL, 2011a).

O acompanhamento constante das ações e atividades dos serviços de saúde, assim como a avaliação da sua implicação sobre as condições de saúde população devem ser adotados como competência de todos os níveis de gestão do SUS. (BRASIL, 1998).

Diante desse fato, as informações contidas nos bancos de dados nacionais dos sistemas de informações existentes servem como indicadores do impacto dessas ações. Sendo assim, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação sobre Agravos e Notificações (SINAN) são imprescindíveis para a obtenção do diagnóstico da situação de saúde da população, sendo de responsabilidade dos municípios a disponibilização e a alimentação regular desses dados, cuja falta de alimentação por dois meses consecutivos resultará na suspensão dos repasses dos recursos do SUS. (BRASIL, 2004).

Neste sentido, Brasil (2007) cita que:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo Sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão.

Além disso, é crescente a utilização de indicadores de prestação de serviços como forma de identificar falhas que levam a necessidade de realizar auditorias, reorganizar os serviços ou programar as ações de saúde. (CALEMAN, G.; SANCHEZ, M. C.; MOREIRA, M. L, 1998).

Deve-se ressaltar que o atendimento prestado na AB considera o usuário no seu contexto sócio-cultural, concebendo a ESF como forma de reorganização da prática assistencial, sendo desenvolvido através do trabalho em equipe, com ações gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas. (BRASIL, 2007a).

A ESF iniciou-se com a inclusão dos ACS às UBS, fazendo com que as atribuições e responsabilidades inerentes a AB possam ser concretizadas e adotadas de forma a proporcionar uma transformação efetiva na organização dos serviços de saúde. (BRASIL, 1999a).

Atualmente, a ESF se apresenta com potencial para auxiliar na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, sendo, por isso, a sua disseminação preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo é por em prática um novo modelo assistencial voltado para a promoção da saúde, priorizando ações preventivas, diferentemente do modelo tradicional que

se baseia na cura de doenças, realizado, sobretudo nas redes hospitalares. (MARQUES; SILVA, 2004).

Isso significa que as UBS reorganizadas com base nos princípios da Saúde da Família, tornam-se responsáveis por acompanhar de modo permanente a saúde de certo número de pessoas e famílias que residem no espaço territorial próximo, permitindo o desenvolvimento de vínculos de corresponsabilidade entre a comunidade e os profissionais da saúde. (BRASIL, 1999a).

Vale citar que a implantação do PSF, atual ESF, deu-se juntamente com a criação de um sistema de informação específico, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) reservado apenas ao PSF e PACS, e que apresenta indicadores que permitem o acompanhamento e avaliação da situação sócio-demográfica e epidemiológica de um determinado território, como também dos resultados obtidos com as ações implantadas pelas equipes da ESF e do PACS (BRASIL, 2004).

No entanto, para efetivação das ações propostas em uma UBS torna-se indispensável a garantia de infra-estrutura adequada para realização dos serviços de saúde. Além disso, precisa-se de equipamentos e materiais apropriados e suficientes para assegurar a resolutividade da AB; garantir o fluxo dos usuários, isto é, o fluxo de referência e contra-referência aos serviços de saúde especializados, incluindo os de diagnóstico, terapia, ambulatório e hospital; e, fazer manutenção regular do estoque de insumos imprescindíveis para o trabalho realizado na UBS, sem esquecer os medicamentos pactuados nacionalmente. (BRASIL, 2007a).

De acordo com Brasil (2011a), todas as UBS, incluindo as Unidades de Saúde da Família, devem ter seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), sendo este um instrumento gerencial de suma importância por disponibilizar informações sobre a rede ambulatorial e hospitalar que integra o SUS, uma vez que estas alimentam o Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) sobre as condições estruturais e funcionais das unidades cadastradas.

Nesse sentido, Brasil (2007) afirma que o CNES inclui todos os hospitais do país seja um hospital de grande porte ou apenas um consultório médico ou uma unidade de vigilância sanitária ou epidemiológica, assim como todos os estabelecimentos ambulatoriais vinculados ou não ao SUS.

A organização gerencial e operacional da AB possui como instrumentos o cadastramento de indivíduos ou famílias, a implantação do cartão SUS, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, adscrição da clientela, referência para assistência de média e alta complexidade e, por fim o acompanhamento e avaliação. Destes, o cartão SUS, emitido pelas secretarias municipais de saúde, representa para os gestores uma importante ferramenta na ordenação do sistema de saúde, uma vez

que se apresenta como instrumento eficaz de análise para tomadas de decisões, tanto nos processos de auditoria como nas ações de vigilância epidemiológica. Outro ponto relevante sobre o cartão SUS é o fato de possuir como prerrogativas a identificação dos usuários, o estabelecimento de responsabilização entre estes e os serviços de saúde, e além de outras vantagens, auxilia nos mecanismos de referência e contra-referência intra e intermunicipais, permite agilidade para o encaminhamento de exames e consultas, contribui para uniformizar e compatibilizar dados, consolidando assim os sistemas de informação em saúde nos municípios, Estados e União. (BRASIL, 1999a).

Um aspecto de fundamental importância e que não se pode deixar de comentar é que devido à diversidade de ações e procedimentos que demanda a rede de atenção básica, torna-se essencial a capacitação e educação permanentes destinadas aos profissionais desse nível de assistência para se alcançar um impacto positivo na saúde da população. (ADAMI, 2000).

Além da qualificação dos profissionais de saúde, para que ocorra uma reorganização efetiva no modelo de atenção vigente torna-se essencial a participação da comunidade e o apoio dos gestores na perspectiva de garantir um atendimento de qualidade. (BRASIL, 2003a).

#### **4 PROPOSTA DE AUDITORIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

De acordo com Brasil (2011) a proposta ou roteiro de auditoria é um protocolo elaborado com base nas informações adquiridas durante a fase analítica, e que proporciona agilidade no trabalho de auditoria, uma vez que serve para nortear a prática desse processo e permitir ao auditor buscar evidências que comprovem ou não a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados.

O processo de auditoria possui três fases: planejamento, execução e relatório. O planejamento corresponde à fase em que se definem previamente quais os objetivos pretendidos e como alcançá-los, sendo o projeto de auditoria ou programa de auditoria o propósito do planejamento. Enquanto que, a execução equivale à aplicação do programa de auditoria visando coletar informações pertinentes ao objeto auditado e obter provas que fundamentem a análise da auditoria. E, o relatório diz respeito à fase conclusiva do trabalho de auditoria, estando nele contidas as recomendações no caso de evidenciadas irregularidades. (MAINT, 2011).

Portanto, a proposta abordada no presente trabalho, consiste no planejamento prévio de como proceder na efetivação de auditoria operacional em unidade de saúde com ESF, cujo objetivo é sistematizar o processo de avaliação e controle das ações executadas, de modo a orientar a supervisão das unidades a serem auditadas. (CALEMAN, G.; SANCHEZ, M. C.; MOREIRA, M. L., 1998).

Esses mesmos autores afirmam que o roteiro de auditoria possibilita o diagnóstico da unidade supervisionada relacionado à estrutura física, baseada na Portaria MS 1884/94; recursos humanos; equipamentos; serviços de referência e contra-referência e a qualidade do atendimento.

Diante do exposto, buscou-se desenvolver uma proposta de auditoria, Apêndice, com base no “Guia Prático do Programa Saúde da Família” e no “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família”, ambos obedecendo ao disposto na resolução\_RDC nº50 da Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002, que trata da regulamentação técnica do planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Entende-se por Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) qualquer local onde é prestada assistência à saúde da população que implique no ingresso de pacientes, requerendo internação ou não, independentemente do nível de complexidade. (BRASIL, 1994).

Convém salientar que a proposta de auditoria se fundamenta no modelo habitual de avaliação contemplando os itens “Estrutura, Processo e Resultado”. O elemento Estrutura trata do funcionamento da unidade, considerando condições física e organizacional, instalações, equipamentos, instrumentos, tecnologias e recursos humanos. O Processo corresponde ao rol de ações e atividades da AB, referindo-se também as questões de referência e contra-referência entre outras, sendo a auditoria, neste elemento, realizada por amostragem de documentos como prontuários e fichas de notificação. E, o Resultado diz respeito às modificações ocorridas na situação de saúde da população, verificadas por meio dos indicadores epidemiológicos e do Pacto da Atenção Básica, compondo também este elemento a prática de entrevista com pacientes. (BRASIL, 2004).

Conforme Brasil (1994), uma Unidade de Saúde da Família (USF) deve possuir uma estrutura física que favoreça a qualidade dos serviços oferecidos, além de estar suficientemente provida para garantir assistência adequada aos usuários, para tanto é preciso dispor de estrutura física, tecnologias, equipamentos e insumos que possibilitem o atendimento satisfatório às necessidades de saúde da população da sua área de abrangência.

Por outro lado, as UBS onde atuam a ESF podem funcionar num Centro de Saúde ou unidade mista desde que reestruturados com base numa nova concepção, compatível com os serviços da ESF e que garanta maior capacidade de ação da equipe, possibilitando uma atenção primária altamente resolutive. (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, é importante enfatizar que os serviços oferecidos na APS só serão utilizados se houver resolutividade por parte da equipe, capacidade de definir o orçamento destinado para resolução de problemas, acolhimento e o cuidado focado na pessoa que busca atendimento, na família, na comunidade e não na doença. (BRASIL, 2011a).

A proposta em questão sugere uma estrutura mínima para uma USF a existência de uma sala de recepção, um local para arquivos e registros, um local para cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacinação, condizente com as normas recomendadas pelo Programa nacional de Imunização (PNI), destacando a organização e manutenção de imunobiológicos, um consultório médico e de enfermagem, sanitários, um consultório odontológico, um local para atividades de grupo, copa/cozinha, sala para material de limpeza, além de atentar para a disponibilidade de recursos humanos e elencar uma série de equipamentos, instrumentais e insumos necessários para a funcionalidade da unidade. (BRASIL, 2008).

Recomenda-se ainda um local apropriado para acondicionamento de lixo não contaminado (resíduo comum) separado do local destinado ao lixo contaminado (lixo biológico), em ambiente ventilado e protegido contra roedores. (BRASIL, 2008).

O item Processo enfoca as práticas inerentes às equipes de ESF, as estratégias priorizadas na APS, mencionadas anteriormente, além de considerar a garantia de continuidade do atendimento nos outros níveis de Atenção. E, o item Resultado, relaciona os indicadores do Pacto Pela Saúde estabelecidos e regulamentados pela Portaria n.º 91/GM de 10 de janeiro de 2007 do Ministério de Saúde e aborda o grau de satisfação dos usuários. (BRASIL, 2011a).

Com relação à disponibilização profissional, Brasil (2000) define que uma equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e até seis agentes comunitários. Sendo de acordo com Brasil (2011a) responsável por 600 a mil famílias, não podendo exceder o total de quatro mil pessoas moradoras na área territorial de sua atuação.

Brasil (2007a) reafirma a citação anterior e acrescenta que uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de ESF deve também dispor de um cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental.

Ainda a respeito dessa questão, o Ministério da Saúde preconiza que em uma UBS atuem, no máximo, cinco equipes de ESF devendo ser obedecida a proporção de uma ESB para cada duas equipes de ESF. No entanto, cabe lembrar o número ideal de ESF varia conforme a população atendida, sendo condição obrigatória para o sucesso da Saúde da Família que todos os profissionais trabalhem oito horas diárias, totalizando quarenta horas semanais. (BRASIL, 2008).

Quanto à utilização do local destinado ao atendimento individual, deve-se esclarecer que em uma USF, não há exclusividade, podendo ser compartilhado por todos os profissionais, desde que haja um planejamento prévio definido, que possibilite um bom desempenho das ações de cada equipe. (BRASIL, 2008).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, buscou-se agrupar aspectos estruturais e funcionais a serem observados durante uma visita de auditoria para compreensão da organização dos serviços de uma USF, favorecendo a identificação de distorções ou irregularidades, caso existam.

Ressalva-se que desenvolver um instrumento que permita uma avaliação abrangente e exponha as reais necessidades de um EAS e de seus usuários não é tarefa fácil. Pois, apesar de se tratar de serviços de saúde prestados no nível básico da atenção, estes apresentam aspectos operacionais complexos, exigindo articulação entre os profissionais da equipe, entre equipes, por parte dos gestores e, principalmente a participação popular. (BRASIL, 2011).

É relevante apontar que o êxito de uma auditoria está intimamente relacionado a uma avaliação bem sucedida, sendo fundamental para isso o acesso às informações fidedignas que viabilizem o diagnóstico da situação de saúde da população. Esse conhecimento é a base para a análise das condições reais, para o planejamento das ações de auditoria voltadas para melhoria da qualidade assistencial, e para o controle e acompanhamento dos resultados obtidos. (CERCHIARI; ERDMANN, 2008).

Reconhece-se, portanto, que a elaboração de um planejamento adequado é imprescindível para a execução do trabalho de auditoria de forma organizada, subsidiando na constatação de situações que possam comprometer o bom andamento dos serviços e facilitando a tomada de

decisão com relação às ações a serem desenvolvidas para promover a adequação dos fatos evidenciados. (BRASIL, 2011).

É relevante frisar também que o planejamento corresponde somente à primeira fase desse processo e, que após sua execução e constatação evidente de falhas que devem ser anexadas ao relatório de auditoria, prosseguem-se as recomendações, ou seja, sugestões objetivando orientar as ações e serviços de forma que sejam desenvolvidos para alcançar resultados positivos. (MAINT, 2011).

Outro ponto importante que se deve enfatizar é que a avaliação é essencial para uma boa gestão, sendo necessária tanto nas funções exercidas pelos gestores, quanto nas atividades dos profissionais da saúde. (BRASIL, 2003).

Diante do exposto, espera-se que o instrumento avaliativo elaborado nesta pesquisa sirva de suporte para a prática de auditoria em USF e que possibilite um retorno produtivo a equipe de auditores, no que diz respeito às questões de maior relevância nesse processo, contribuindo com o conhecimento da realidade e das necessidades dos usuários, como também do desempenho dos serviços de saúde nessas unidades.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, n.4,v.8, , p.47-55, maio/dez., 1995. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/denf/acta/1995/8\\_4/pdf/art5.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/1995/8_4/pdf/art5.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2011.

ADAMI, N. P. Melhoria da qualidade nos serviços de saúde de enfermagem. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v.13, número especial, Parte I, p.190-196, 2000. Disponível em: <[www.unifesp.br/denf/acta/2000/13\\_esp1/pdf/art23.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art23.pdf)>. Acesso em: 4 ago 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 15 out., 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 29 fev. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/.../files.do?...abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principi...](http://portalpbh.pbh.gov.br/.../files.do?...abc_do_sus_doutrinas_e_principi...)>. Acesso em: 15 jan. 2012.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 1994. (Série: Saúde e Tecnologia). Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1884\\_94.doc](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1884_94.doc)>. Acesso em: 31 jul. 2012.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, [?]. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAWtYAF/guia-pratico-psf>>. Acesso em: 2012.

DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – DCAA. **Manual de Normas de Auditoria**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_normas\\_auditoria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf)>. Acesso em: 31 jan.2012.

\_\_\_\_\_. Departamento de Controle, avaliação e auditoria - DCAA. **Manual de auditoria técnico científica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_780\\_arq\\_865\\_ManualAdeAAuditoriaATecnicoACientifica.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_780_arq_865_ManualAdeAAuditoriaATecnicoACientifica.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2011.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 1999a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual\\_organizacao\\_ab.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2012.

SECRETARIA EXECUTIVA. **Ações Prioritárias na Atenção Básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_prio\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_prio_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 22 jan 2010.

PODER EXECUTIVO FEDERAL. **Instrução normativa nº 1**, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <[www.escoladegoverno.pr.gov.br/.../o\\_sistema\\_de\\_controle\\_interno\\_do\\_executivo\\_federal\\_brasileiro.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/.../o_sistema_de_controle_interno_do_executivo_federal_brasileiro.pdf)>. Acesso em: 23 mar.2012.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Rede de Frio**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_rede\\_frio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_rede_frio.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, 2003**. [Produto do trabalho da comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003]. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. A produção sobre Saúde da Família. 2003a. Disponível em: <[bvsmis.saude.gov.br/bvs/.../producao\\_sobre\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/.../producao_sobre_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS. **Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/ORIENTACOES%20ATENCAO%20BASICA%20ULTIMA%20VERSAO170904.doc>>. Acesso em: 1 out 2011.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS. Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/.../politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/.../politica_nacional.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde - PNASS**. Brasília: Ministério da saúde, 2004c. Disponível em: <[http://pnass.datasus.gov.br/documentos/CADERNO\\_PNASS.pdf](http://pnass.datasus.gov.br/documentos/CADERNO_PNASS.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **A Política de Regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 12). Disponível em: <[www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5571.pdf](http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5571.pdf)>. Acesso em: 1 fev. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores- Para entender a gestão do SUS, 10). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro10.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro10.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v.4). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_unidades\\_basicas\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_unidades_basicas_saude_2ed.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/control\\_av/](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/control_av/)>. Acesso em: 26 jan.2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 3). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v4.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2012.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M. L.; SANCHEZ, M. C. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. v. 5. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania). Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/cal001.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2011.

CERCHIARI, G. S. F.; ERDMANN, R. H. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **Revista de Administração Pública- RAP**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 925-948, Set/Out 2008. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a06v42n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a06v42n5.pdf) >. Acesso em: 4 de jun. 2012.

COSTA, M. S. et al. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. **Rev. Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n.4, p. 497-499, 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a24.pdf)>. Acesso em: 4 ago 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.02, p.344-361, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 4 ago. 2011.

MAINT. **Manual de Auditoria Interna**. Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em:< [wp.ufpel.edu.br/audin/files/2011/.../2.Manual-de-Auditoria-Interna.p...](http://wp.ufpel.edu.br/audin/files/2011/.../2.Manual-de-Auditoria-Interna.p...)> Acesso em: 10 jun. 2012.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. **O trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família** .Rio de Janeiro , 2004. Disponível em:<[bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/souzaacm.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/souzaacm.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2009.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464 – 468, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/277.pdf>>. Acesso em : 30 jan. 2012.

PAIM, C. da R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 36, p. 85-92, jul/set, 2007. Disponível em: <[www.cqh.org.br/files/RAS36%20-%20auditoria.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS36%20-%20auditoria.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2012.

PEREIRA, L. L.; TAKAHASHI, R. T. Auditoria em enfermagem. In: \_\_\_\_\_KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, p. 215–222, 1991.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto e contexto enfermagem**. V.15. n.003,p.492-499, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415315.pdf>>. Acesso em : 23 mai. 2010.

RAMIRES, E. P.; LOURENÇÃO, L. G.; SANTOS, M. R. Gerenciamento em unidades básicas de saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11. n. 4, p. 205-9, out/dez., 2004. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf)>. Acesso em: 1 fev. 2012.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 741-751, out/dez, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0067.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

SCARPARO, A.F; FERRAZ, C.A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.3, p. 302-305, maio/jun., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a04v61n3.pdf>>. Acesso em: 18 ago 2011.

**SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, v.1. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

## APÊNDICE

APÊNDICE - Roteiro de auditoria operativa em unidade básica de saúde da família.

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

NOME
Código da Unidade (CNES):
CNPJ:
ENDEREÇO:
Telefone:
Nº de Equipes de Saúde da Família:
Responsável pela Unidade:

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SUPERVISÃO


IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU A SUPERVISÃO: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

## 1. ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA, EQUIPAMENTOS OU MOBILIÁRIOS NECESSÁRIOS.

<b>SALA DE RECEPÇÃO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 mesa tipo escritório		
Cesto de lixo		
4 arquivos de aço p/ pasta suspensa		
4 cadeiras		
2 bancos 0,40x2m		
1 quadro de aviso		
1 bebedouro c/ filtro		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS). <sup>1</sup>

<b>SERVIÇO DE ARQUIVO</b>		
<b>Organização</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Local para arquivos e registros (acesso fácil à recepção)		
Sistema de arquivamento manual		
Sistema de arquivamento informatizado		
Prontuário individual		
Prontuário familiar		
Elaboração de boletim de produção		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<sup>1</sup> Observar aspecto geral do ambiente (iluminação, ventilação, instalações elétricas e hidráulicas, fluxo de usuários, sinalização, higiene, pisos e paredes, teto, portas e janelas) e condições de uso de equipamentos, instrumentais e mobiliários.

<b>SALA DE CUIDADOS BÁSICOS</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 maca		
1 escada de dois degraus		
1 suporte para soro		
1 braçadeira		
1 armário com vitrine		
4 cadeiras		
2 baldes cilíndricos c/ pedal para detritos		
1 carrinho de curativo		
1 esfignomanômetro c/ estetoscópio adulto		
1 balança antropométrica adulto		
1 balança antropométrica infantil		
1 central de nebulização c/ 5 saídas		
1 foco c/ haste flexível		
1 Glicosímetro		
<b>Instrumentais necessários:</b>		
1 tesoura SIMS reta		
1 tesoura MAYO reta 14cm		
2 portas agulha HEGAR		
6 pinças de dissecação (anatômica)15cm		
6 pinças de dissecação dente de rato 14cm		
8 pinças BACKHAUS 10CM		
8 pinças BACKHAUS 13CM		
6 pinças HALSTEAD (mosquito)		
6 pinças KELLY reta 6 pinças pean		
6 pinças KOCHER reta		
6 pinças KOCHER curva		
6 pinças FOERSCHER ( coração)		
6 cubas rim		
6 cubas redondas		
6 cubas retangulares		
2 tambores médios		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>CONSULTÓRIO MÉDICO C/ SANITÁRIO ANEXO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 mesa tipo escritório		
2 cadeiras		
1 mesa ginecológica		
1 escada c/ dois degraus		
1 biombo duplo		
1 banqueta giratória cromada		
1 balde c/ pedal		
1 foco c/ haste flexível		
1 armário vitrine		
1 esfignomanômetro adulto		
1 esfignomanômetro infantil		
1 estetoscópio		
1 estetoscópio de pinar		
1 buzina de Kobo		
1 detector ultrassônico (fetal)		
1 lanterna clínica para exame		
1 negatoscópio		
1 oftalmoscópio c/ otoscópio		
<b>Instrumentais necessários:</b>		
10 Espéculos Collin pequeno		
15 Especulos Collin médio		
5 Especulos Collin grande		
6 Pinças de dissecação 15cm		
6 Pinças de dissecação c/ dente 15 cm		
20 Pinças cheron, 25cm		
10 Pinças de Pozzi ou Museaux 25cm		
1 Fita métrica flexível inelástica		
1 Cuba retangular c/ tampa		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS)

<b>CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM C/ SANITÁRIO ANEXO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 mesa tipo escritório		
2 cadeiras		
1 mesa ginecológica		
1 escada c/ dois degraus		
1 biombo duplo		
1 banqueta giratória cromada		
1 balde c/ pedal		
1 foco c/ haste flexível		
1 armário vitrine		
1 esfignomanômetro adulto		
1 esfignomanômetro infantil		
1 estetoscópio		
1 estetoscópio de pinar		
1 buzina de Kobo		
1 detector ultrassônico (fetal)		
1 lanterna clínica para exame		
1 negatoscópio		
1 oftalmoscópio c/ otoscópio		
<b>Instrumentais necessários:</b>		
10 Espéculos Collin pequeno		
15 Especulos Collin médio		
5 Especulos Collin grande		
6 Pinças de dissecação 15cm		
6 Pinças de dissecação c/ dente 15 cm		
20 Pinças cheron, 25cm		
10 Pinças de Pozzi ou Museaux 25cm		
1 Fita métrica flexível inelástica		
1 Cuba retangular c/ tampa		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Cadeira odontológica		
Alveolótomo		
Equipo odontológico com pontas		
Refletor		
Unidade auxiliar		
Compressor		
Filtro para compressor		
Filtro para cadeira		
Mocho		
Amalgamador		
Fotopolimerizador		
Estufa ou Autoclave		
Aparelho de ultrassom com jato de bicarbonato		
Negatoscópio		

**Instrumentais Odontológicos:**

Alveolótomo		
Aplicador para cimento (duplo)		
Elevadores (alavancas) para raiz		
Bandeja de aço		
Brunidor		
Cabo para bisturi		
Cabo para espelho		
Caixa inox com tampa		
Condensador Hollembach		
Espátula		
Espelho odontológico		
Cureta alveolar		
Fórceps infantis e adultos		
Lima óssea		
Pinça Halstead (mosquito) curva e reta		
Pinça para algodão		
Porta agulha		
Porta amálgama		
Porta matriz		
Seringa Carpule		
Sindesmótomo		
Sonda exploradora		
Sonda periodontal milimetrada		
Tesoura cirúrgica reta e curva		
Tesoura íris		
Tesoura standart		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde

<b>SALA DE VACINAÇÃO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 refrigerador 280 litros (exclusivo para vacinas)		
4 cadeiras		
1 mesa tipo escritório com gavetas		
1 balde c/ pedal		
<b>Observações (1):</b>		

da família. 2008/MS) Odontologia PT/GM nº 267 de 03/2001.

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS</b>		
<b>Recomendações</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Ambiente arejado e protegido da luz solar direta		
Vacinas contra poliomielite, sarampo e febre amarela armazenadas na 1ª prateleira		
Demais vacinas (dT, DTP, Hepatite B, Hib, influenza, TT, BCG, Pneumococo, pólio inativada, DTaP) armazenadas na 2ª prateleira		
Geladeira regulada entre (+ 2° e + 4° C), ou esporadicamente entre (+ 2° e + 8° C)		
Geladeira com garrafas refrigeradas (no mínimo 30) com água colorida à base de iodo ou corante		
Utilização de termômetro de máxima e mínima		
Verificação de temperatura 2X ao dia (manhã e tarde)		
Registro de temperatura no mapa de controle diário afixado na porta do refrigerador		

**Fonte:** Manual de Rede de Frio. 2001/MS.

<b>LOCAL PARA ATIVIDADES EM GRUPO</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mesa		
Cadeiras		
Quadro de avisos		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>COPA/COZINHA</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 mesa de copa c/ 4 cadeiras		
1 refrigerador cap. 260 litros		
1 fogão		
1 armário tipo guarda roupa		
Cesto de lixo		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>SANITÁRIOS DESTINADOS AOS USUÁRIOS</b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Separados por sexo		
Um sanitário destinado a deficientes		
<b>Observações ( <sup>*</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS).

<b>SALA PARA MATERIAL DE LIMPEZA</b>		
<b>Equipamentos/Mobiliários</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 armário		
1 hamper ( suporte )		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2008/MS)

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Observações</b>
Médico			
Enfermeiro			
Aux. De enfermagem			
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)			
Cirurgião dentista			
Atendente de consultório dentário (ACD)			
Técnico de higiene dental (THD)			

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS.

<b>FARMÁCIA/MEDICAMENTOS</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Recebimento		
Condições de armazenamento conforme normas da Vigilância Sanitária		
Controle de data de validade		
Condições de acesso ao usuário		
Controle de dispensação		
Lista básica de medicamentos SF vide PTGM nº 786 de 19.04.02		
Profissional Responsável do setor		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS

<b>DISPÕE DE MATERIAIS BÁSICOS</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Seringas e agulhas descartáveis		
Recipiente próprio p/ coleta de perfuro cortante		
Algodão		
Esparadrapo		
Fio de sutura		
Gaze		
Equipamento de Proteção Individual - EPI		
Álcool		
Antisséptico(s)		
<b>Observações ( <sup>1</sup> ):</b>		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS.

## 2. ANÁLISE DO PROCESSO

<b>A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Realiza visitas domiciliares		
Cadastra as famílias e mantém o cadastro atualizado		
Realiza atendimento médico pediátrico, clínico geral, ginecológico e obstétrico.		
Realiza atendimento clínico odontológico		
Promove ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas		
Realiza consulta de enfermagem		
Fornece acesso a exames complementares de rotina		
Realiza palestras		

educativas (Educação em Saúde)		
Realiza ações para identificar o grau de satisfação dos usuários e dos funcionários		
Utiliza os dados para melhorar a qualidade do atendimento		
Realiza capacitação permanente		
Os ACS acompanham mensalmente todas as famílias		
Preenche devidamente as fichas (registro de atividades, procedimentos, notificações e “marcadores”)		
Realiza manutenção regular dos equipamentos		
Mantém higiene da unidade		
Utiliza o recipiente próprio para descarte de material pérfuro cortante		
<b>ÁREAS PRIORITÁRIAS DA APS</b>		
<b>Saúde da Criança</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Faz acompanhamento de crescimento e desenvolvimento		
Realiza esquema vacinal básico de rotina		
Busca de faltosos		
Presta assistência às doenças diarréicas em menores de 5 anos		
Realiza prevenção e cura de patologias bucais		
<b>Saúde da Mulher</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Realiza rastreamento de câncer uterino (coleta de Papanicolau)		
Realiza ações de planejamento familiar		

<b>Pré-Natal</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Realiza diagnóstico de gravidez		
Realiza cadastro das gestantes no 1º trimestre gestacional		
Realiza 4 ou mais consultas durante a gestação		
Realiza ou referencia para exames laboratoriais de rotina		
Realiza prevenção de doenças bucais		
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mantém cadastro dos usuários atualizado		
Realiza busca ativa dos casos		
Faz acompanhamento ambulatorial e domiciliar		
Trabalha medidas preventivas para controle de fatores de riscos		
<b>Controle da Diabetes</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mantém cadastro dos usuários atualizado		
Realiza busca ativa dos casos		
Faz acompanhamento ambulatorial e domiciliar		
Trabalha medidas preventivas para controle de fatores de riscos		
<b>Controle da Tuberculose</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mantém cadastro dos usuários atualizado		
Realiza busca ativa dos casos		
Realiza tratamento supervisionado BK+		
Trabalha medidas preventivas (BCG, pesquisa de comunicantes, quimioprofilaxia, ações educativas)		
<b>Eliminação da Hanseníase</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Mantém cadastro dos usuários atualizado		

Realiza busca ativa dos casos		
Realiza tratamento supervisionado		
Trabalha medidas preventivas		
<b>Ações de Saúde Bucal</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Realiza cadastramento dos usuários		
Trabalha atividades educativas e preventivas		

**Fonte:** Guia Prático do PSF/MS

<b>ACESSO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Garantia de fluxo de referência e contra-referência</b>		
<b>ATENDIMENTO</b>		
Cardiovascular adulto		
Cardiovascular pediátrica		
Oftalmológico		
Otorrinolaringológico		
Neurológico		
Nefrológico		
Oncológico		
Traumato-ortopédico		
Fisioterápico		
Psiquiátrico		
Odontológico		
Urgência e Emergência		
Hospitais de pequeno porte		
À pessoa idosa(Atenção especializada)		
À saúde da mulher		
À saúde do homem		
Especializado em genética clínica		

**Fonte:** Para entender a gestão no SUS, v.4/CONASS. 2011/MS

### 3 ANÁLISE DO RESULTADO

<b>INDICADORES DE SAÚDE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANÁLISE</b>
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas*				
Média mensal de visitas domiciliares por família				
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal				
Coefficiente de mortalidade infantil				
Coefficiente de mortalidade infantil por doença diarreica				
Coefficiente de mortalidade infantil por pneumonia				
Exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária				
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos				
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados				
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)_( SIH / IBGE)				
Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados				
Proporção de internações por complicações de diabetes mellitus (SIH)				
Proporção de portadores de Hipertensão arterial cadastrados				
Cobertura da primeira consulta odontológica programática				

Média de procedimentos Odontológicos básicos individuais				
Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)				
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade				
Razão de mortalidade materna				
Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera				
Taxa de cura de hanseníase				

**Fonte:** Portaria nº91/GM de 10 de janeiro de 2007/MS.

<b>AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Não satisfatório</b>
Tempo de marcação de consulta		
Tempo do agendamento da consulta até o dia de atendimento		
Acesso a exames complementares		
Relação com os profissionais da unidade (respeito, acolhimento, confiança)		
Disponibilidade dos profissionais		
Assiduidade dos profissionais		
Higiene		
Conforto		
Sinalização		
Identificação dos profissionais		
Expectativa sobre os serviços prestados		
Percepção em relação a resolubilidade da ESF		

**Fonte:** Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde – PNASS. 2004/MS.