

Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil

Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil

Andreza Viana Lopes Cardoso ¹
Ana Paula Nascimento Chain ²
Rafael Inácio Pompeu Mendes ²
Efigênia Ferreira e Ferreira ¹
Andréa Maria Duarte Vargas ¹
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins ²
Raquel Conceição Ferreira ¹

Abstract *The self-assessment of the quality of the Family Health Strategy (FHS) was assessed in the context of management and its correlation with characteristics of FHS and of the municipality. Managers, coordinators and Family Health Unit managers of municipalities in the Northeast region of Minas Gerais replied with tools 1, 2 and 3 of the Assessment for Improving the Quality of Family Health Strategy (AIQ). Scores were defined for each subdimension, according to the number of features compliant with the standards of the AIQ. We tested the correlation of this score with coverage and the deployment time of the FHS, with the municipal population and the HDI (Human Development Index). The lowest scores were for Work Management, Permanent Education and Inputs, Immunobiologicals and Medicines. There was a positive correlation between the municipal population and Strengthening of Coordination, Support for Teams, Permanent Education Management and Standardization and a negative one with Infrastructure and Equipment. The use of the AIQ tools permitted the identification of subdimensions and municipalities which will require greater attention and intervention by the municipal management.*

Key words *Assessment of health services, Primary Healthcare, Health management, Family Health Program*

Resumo *Aferiu-se a autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e sua correlação com características das ESF e do município. Gestores, coordenadores e gerentes das Unidades Saúde da Família de municípios da região Nordeste de Minas Gerais responderam os instrumentos 1, 2 e 3 de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Foram definidos escores para cada subdimensão, segundo número de conformidades aos padrões da AMQ. Testou-se a correlação desse escore com a cobertura e o tempo de implantação das ESF, com a população e o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) municipal. Os escores menores foram para Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Houve correlação positiva entre população municipal e Fortalecimento da Coordenação, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente e Normatização e negativa com Infraestrutura e Equipamentos. O uso dos instrumentos da AMQ permitiu identificar as subdimensões e municípios que necessitarão de maior atenção e intervenção da gestão municipal.*

Palavras-chave *Avaliação de serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestão em saúde, Programa Saúde da Família*

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. andrezavlc@gmail.com

² Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Básicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros.

Introdução

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) colocou em discussão questões sobre a qualificação das equipes e a resolubilidade dos serviços, apontando a necessidade de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) passou a defender o aprimoramento contínuo de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços de saúde². A Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica instituiu a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)³, em conjunto com estados e municípios, situando a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

O modelo de Donabedian foi adotado como referência conceitual para a elaboração da AMQ. Este modelo considera elementos de estrutura, de processo e de resultado, que se relacionam com os elementos de avaliação das equipes da ESF: estrutura – insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa; processo – aspectos organizativos, técnico-científico e interpessoal; resultado – acesso, adequação e efetividade para promover mudanças na saúde da população⁴.

Como subsídio para avaliação, o MS desenvolveu instrumentos de autoavaliação, dirigidos à gestão municipal de saúde, à coordenação municipal da ESF, ao responsável pelo gerenciamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e às Equipes da ESF. Eles buscam um diagnóstico da organização e funcionamento dos serviços e suas práticas partindo dos princípios, diretrizes e campos de atuação da ESF. A AMQ considera duas grandes unidades de análise integradas: Gestão e Equipe, que contém dimensões de análise, que por sua vez são desdobradas em subdimensões. Cada subdimensão conta com padrões de qualidade, totalizando 300 padrões em cinco instrumentos⁴.

A AMQ buscou fomentar, como objetivo principal de sua implantação, o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da ESF, disponibilizando ferramentas para o diagnóstico de problemas e estimulando o debate de melhorias no campo da saúde, baseados nos resultados dos processos autoavaliativos. Esses processos são de livre adesão pelos gestores e não determinam incentivos ou sanções financeiras aos municípios e equipes que aderiram ao programa⁴.

Porém, buscava-se a viabilização de um programa mais abrangente, que pudesse permitir a

ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (AB) em todo o Brasil, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, e uma maior transparência e efetividade das ações governamentais destinadas à AB⁵.

A fim de alcançar tais objetivos, o MS instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), pela Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, resultado de um amplo e importante processo de negociação entre as três esferas de gestão do SUS⁵. O PMAQ é também de livre adesão, contudo atrela recursos financeiros ao cumprimento de metas alcançadas e previamente estabelecidas pela contratualização de objetivos⁵.

A autoavaliação, objetivo final da AMQ, é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, que possui outras três fases, que se complementam e que conformam um ciclo contínuo (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Reconstrução)⁵.

Embora outros instrumentos de avaliação tenham sido desenvolvidos, a AMQ contempla muitas das dimensões avaliativas contidas no PMAQ, mantendo construtos teóricos semelhantes, que buscam a discussão da qualidade da gestão e das equipes como unidades de análise central dos questionários avaliativos^{4,5}. Sendo assim, estudos sobre a AMQ são válidos e relevantes, pois este instrumento pode gerar indicadores de avaliação da qualidade da ESF no Brasil e, ainda hoje, são poucos os trabalhos que utilizaram esse instrumento de avaliação como tema central de estudo⁶⁻⁸.

Minas Gerais é um estado brasileiro com desigualdades sociais entre suas regiões⁹. A macrorregião Nordeste, composta por 63 municípios¹⁰, é uma das regiões mais pobres do Estado, possuindo forte desigualdade social e prevalência de população rural¹¹. Avaliar a qualidade da APS nesse cenário é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população, principalmente em um contexto de escassez de recursos públicos para o setor saúde. Ainda, considerando a necessidade de monitorar a APS, assim como o importante papel do gestor, do coordenador municipal da ESF e dos gerentes das USF na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus municípios, justifica-se aferir a autoavaliação da qualidade da ESF nos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão.

Esse trabalho avaliou a qualidade da ESF, considerando a AMQ referida pelos gestores, coordenadores municipais das ESF e gerentes das USF dos municípios da macrorregião Nordeste de Minas Gerais, e verificou a correlação entre os escores da autoavaliação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a população municipal, a cobertura e o tempo de implantação das ESF.

Metodologia

Estudo ecológico, realizado nos 63 municípios da macrorregião assistencial de saúde do Nordeste de Minas Gerais, que abrange geograficamente os Vales do Mucuri e Jequitinhonha, subdividida em oito microrregiões sanitárias¹⁰. Essa macrorregião possui área territorial de 56.641 km², densidade demográfica de 14,33 hab/km² e população estimada, em 2011, de 811.856 habitantes¹⁰. Assemelha-se, territorialmente, à macrorregião Centro, na qual se encontra a capital Belo Horizonte. Porém, nesta última macrorregião, a densidade demográfica é de 105,49 hab/km² e a população estimada, em 2011, era de 6.145.218 habitantes¹⁰. O IDH médio da macrorregião Nordeste é de 0,636, considerado um valor médio de desenvolvimento humano. Minas Gerais possui um valor alto de IDH, de 0,731; assim como o Brasil, com IDH de 0,744¹².

A macrorregião Nordeste possui, em sua abrangência, as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) de Teófilo Otoni, Diamantina e a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul. A SRS de Teófilo Otoni abrange 32 municípios; 25 municípios são jurisdicionados pela GRS de Pedra Azul e seis pertencem à jurisdição da SRS de Diamantina e compõem a microrregião de Araçuaí¹³. Os 63 municípios possuíam 264 equipes da ESF no momento da coleta de dados (Fevereiro a Abril de 2011). Foram incluídos todos os gestores, coordenadores municipais da ESF e gerentes das USF dos 63 municípios, que exerciam a função no período de fevereiro/março de 2011, compondo um universo de 63 gestores, 63 coordenadores municipais da ESF e 264 gerentes das USF.

A qualidade da ESF foi avaliada pelos três atores envolvidos com a gestão da ESF por meio dos instrumentos 1, 2 e 3 da AMQ, que correspondem às três dimensões, respectivamente: Desenvolvimento da ESF, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família⁴.

O instrumento 1, dirigido ao gestor municipal de saúde, avaliou a dimensão *Desenvolvimento*

da ESF, com 60 padrões, organizados em quatro subdimensões: Implantação/Implementação da ESF no município; Integração da Rede de Serviços; Gestão do Trabalho e Fortalecimento da Coordenação. A dimensão *Coordenação Técnica das Equipes* (instrumento 2), avaliada pelos coordenadores da ESF, englobou as subdimensões: Planejamento e Integração; Acompanhamento das Equipes; Gestão da Educação Permanente; Gestão da Avaliação e Normatização, distribuídas em 40 padrões. A dimensão *Unidade Saúde da Família* (instrumento 3), com 40 padrões em duas subdimensões, Infraestrutura e Equipamentos da USF e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, dirigiu-se aos gerentes das USF. Os padrões de qualidade, em cada subdimensão, são acompanhados da sua descrição, que determina as características necessárias para que a ESF se encontre ou não em conformidade com aquele padrão⁴.

Inicialmente, o projeto foi divulgado entre os gestores durante as reuniões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) das oito microrregiões sanitárias. Foram distribuídos os questionários destinados aos gestores e solicitado a eles o encaminhamento daqueles destinados aos coordenadores e aos gerentes das USF dos municípios sob sua gestão.

As seguintes informações dos municípios foram também coletadas: população em 2010, junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹; IDH no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, de 2000¹²; e tempo de implantação e cobertura populacional da ESF, no site do MS/Departamento da Atenção Básica, referentes a março de 2011¹⁴.

Os dados foram analisados empregando-se o pacote estatístico SPSS for Windows v. 17.0, considerando-se o município como unidade de análise. Para cada município, calculou-se o número de conformidades e de não conformidades com os padrões referentes às subdimensões e dimensões avaliadas, obtendo-se a média e desvio padrão dos escores de conformidade. No caso do instrumento 3, cada USF apresentou um escore de adequação às subdimensões avaliadas. Em seguida, para cada município, obteve-se a média dos escores de conformidade obtidos por cada uma das USF. A correlação entre os escores das subdimensões de cada dimensão e as variáveis referentes aos municípios e às ESF foi investigada pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman ($p < 0,05$). Obteve-se a frequência de municípios ou USF em conformidade com cada um dos padrões para todas as dimensões/subdimensões avaliadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Houve uma taxa de resposta de 79,4% (n = 50) e de 76,2% (n = 48) entre os gestores e coordenadores, respectivamente. Quanto à participação dos gerentes das USF, em oito municípios ocorreram 100% de perda. No total, 55 municípios (87,3%) e 210 gerentes das USF (79,5%) responderam.

A Tabela 1 demonstra a avaliação da gestão da ESF em relação às três dimensões da AMQ. Na dimensão *Desenvolvimento da ESF*, os gestores avaliaram mais negativamente a subdimensão Gestão do Trabalho e Fortalecimento da Coordenação, que apresentaram proporcionalmente os menores escores médios. O melhor desempenho médio foi obtido pela subdimensão Implantação/Implementação da ESF no município. Na dimensão *Coordenação Técnica das Equipes*, o escore máximo de conformidade com os padrões não foi alcançado somente para a subdimensão Planejamento e Integração. Nessa dimensão, os coordenadores avaliaram mais negativamente a subdimensão Gestão da Educação Permanente.

O melhor desempenho médio proporcional foi obtido na subdimensão Acompanhamento das Equipes. Na dimensão *Unidade Saúde da Família*, a subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, proporcionalmente, foi mais bem avaliada pelos gerentes das USF que a dimensão Infraestrutura e Equipamentos da USF.

Os municípios com população maior apresentaram significativamente maiores escores de conformidade na subdimensão Fortalecimento da Coordenação, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente e Normatização. Os escores das subdimensões Infraestrutura e Equipamentos da USF e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foram significativamente menores nos municípios com população maior. Os municípios com maior IDH apresentaram menores escores na subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos (Tabela 2).

Na subdimensão Implantação/Implementação da ESF no município, os percentuais de municípios em conformidade com os padrões da AMQ variaram de 42% a 100%, sendo que os dois menores percentuais foram obtidos nos padrões “O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais” (42%) e “A ESF está institucionalizada por meio de instrumento jurídico” (62%). Os percentuais de municípios em conformidade com os padrões da subdimensão Integração da Rede de Serviços

Tabela 1. Avaliação das dimensões Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família pelos gestores (n = 50), coordenadores (n = 48) e gerentes das USF (n = 55) da região Nordeste de Minas Gerais. Minas Gerais. 2011.

Dimensão*	Subdimensão	Escore máximo de conformidade	Escore de conformidade		
			Mínimo	Máximo	Média (DP)
Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família	Implantação/Implementação da ESF no município	19	11	19	16,08 (2,01)
Coordenação Técnica das Equipes	Integração da Rede de Serviços	19	5	19	13,50 (13,80)
	Gestão do Trabalho	10	1	9	4,50 (1,88)
	Fortalecimento da Coordenação	12	1	12	7,56 (2,58)
Unidade Saúde da Família	Planejamento e Integração	8	0	7	5,00 (1,52)
	Acompanhamento das Equipes	7	0	7	5,50 (1,52)
	Gestão da Educação Permanente	6	0	6	3,54 (1,61)
	Gestão de Avaliação	10	0	10	6,77 (2,22)
Unidade Saúde da Família	Normatização	9	0	9	5,69 (2,23)
	Infraestrutura e Equipamentos da Unidade Saúde da Família	24	8	22	14,42 (3,62)
	Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	16	6	16	13,23 (2,38)

Tabela 2. Correlação de Spearman entre os escores de conformidade das dimensões do Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coordenação Técnica das Equipes e Unidade Saúde da Família e características do município e das ESF. Minas Gerais. 2011.

Dimensão	Subdimensão	População do município		Percentual de cobertura das ESF		IDH do município		Tempo de implantação das ESF	
		Valor		Valor		Valor		Valor	
		r	de p	r	de p	r	de p	r	de p
Desenvolvimento das ESF	Implantação/Implementação da SF no município	-0,09	0,55	0,10	0,49	0,17	0,23	0,10	0,55
	Integração da Rede de Serviços	0,10	0,51	0,02	0,89	0,04	0,79	0,14	0,34
	Gestão do Trabalho	0,07	0,65	0,01	0,94	0,10	0,50	0,09	0,52
	Fortalecimento da Coordenação	0,29	0,04	0,15	0,30	0,02	0,91	0,13	0,38
Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração	0,23	0,11	0,12	0,41	0,09	0,53	0,19	0,21
	Acompanhamento das Equipes	0,29	0,04	0,05	0,74	0,14	0,35	0,01	0,99
	Gestão da Educação Permanente	0,63	0,00	0,26	0,08	0,18	0,21	0,02	0,90
	Gestão de Avaliação	0,18	0,22	0,20	0,18	0,03	0,87	0,01	0,94
Unidade Saúde da Família	Normatização	0,38	0,01	0,09	0,55	0,08	0,61	0,08	0,57
	Infraestrutura e Equipamentos da Unidade Saúde da Família	-0,43	0,00	0,15	0,28	0,60	0,07	0,23	0,09
	Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	-0,59	0,00	0,21	0,12	-0,27	0,04	0,22	0,11

r = coeficiente de correlação de Spearman

variaram de 30% a 96%. 30% e 48% dos gestores responderam afirmativamente aos seguintes padrões, respectivamente: “A rede de serviços de saúde assegura à população adscrita da saúde da família o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária” e “Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda”. Para a subdimensão Gestão do Trabalho, os percentuais de gestores com conformidade aos padrões variaram de 22% a 74%. Os padrões “A gestão municipal da saúde possui planos de carreira, cargos e salários institucionalizado, contemplando a Saúde da Família” (22%) e “A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados” (26%) obtiveram menor percentual de conformidades. Na subdimensão Fortalecimento da Coordenação, houve uma variação de 34% a 90% nos percentuais de respostas afirmativas aos padrões, sendo que os menores valores foram obtidos pelos padrões: “A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF” (34%), “Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, oito ESF” (38%) e “A coordenação da Atenção Básica (AB)/SF apoia e promove

a formação de Conselhos Locais de Saúde nas UBS” (38%) (Tabela 3).

Na subdimensão Planejamento e Integração, de 27,1% a 89,6% dos coordenadores das ESF responderam positivamente aos padrões. Houve menor percentual de respostas positivas aos seguintes padrões: “As experiências municipais com a saúde da família são apresentadas em congressos e encontros da área” (27,1%) e “A coordenação da ABS/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da ABS” (27,1%). A maioria dos municípios respondeu positivamente aos padrões da subdimensão “Acompanhamento das Equipes” (68,8% a 91,7%). Na subdimensão “Gestão da Educação Permanente”, os percentuais de respostas positivas variaram de 39,6% a 75%. Dois padrões apresentaram não conformidade por maior percentual de coordenadores: “É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem” (39,6%) e “A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF” (39,6%). Na subdimensão “Gestão de Avaliação” (41,7% a 91,7%) somente dois padrões foram respondidos positivamente por menos de 50% dos coordenadores:

Tabela 3. Frequência de municípios com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (n = 50).

Subdimensão	Padrões	Municípios com respostas positivas	% municípios
Implantação/ Implementação da SF no município	O Plano Municipal de Saúde define a SF como estratégia para reorganização da Atenção Básica	49	98
	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e/ou de exclusão social	49	98
	Todas as equipes são responsáveis por uma população adstrita de até 4000 pessoas	39	78
	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos	48	96
	A gestão municipal de saúde implanta equipes de SB	50	100
	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF	47	94
	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF	35	70
	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população	44	88
	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS	50	100
	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF	41	82
	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal	45	90
	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais	45	90
	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF	43	86
	A gestão municipal monitora abastecimento e falta de insumos nas USF	43	86
	A gestão municipal da saúde apoia e legitima a participação popular e o controle social na SF	44	88
	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico	31	62
	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades	43	86
	O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais	21	42
	A gestão municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF	37	74

continua

“São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município” (41,7%) e “A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas con-

dições de saúde da população” (45,8%). Na subdimensão “Normatização”, os percentuais de coordenadores com respostas positivas aos padrões variaram de 27,1% a 91,7%, sendo o menor valor

Tabela 3. continuação

Subdimensão	Padrões	Municípios com respostas positivas	% municípios
Integração da Rede de Serviços	A gestão municipal da saúde amplia e/ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município	45	90
	A gestão municipal da saúde amplia e/ou faz adaptações na rede de referências baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF	36	72
	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF	45	90
	A gestão municipal da saúde garante a coleta e o envio de todas as solicitações de sorologia para diagnóstico da dengue	47	94
	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para assegurar a população adstrita das equipes da SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas	48	96
	A gestão municipal da saúde garante a realização do pré-natal de alto risco para todas as gestantes encaminhadas	46	92
	Há programação da oferta de atendimentos em cardiologia para as ESF baseada em estudos de demanda	29	58
	Há programação de oferta de atendimentos em ortopedia para as ESF baseada em estudos de demanda	30	60
	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação	42	84
	O gestor municipal da saúde monitora os exames especializados solicitados pela ESF não atendidos pela referência	41	82
	Há programação da oferta em reabilitação para as ESF baseada em estudos de demanda	33	66
	Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda	24	48
	Há programação da oferta em otorrinolaringologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
	Há programação da oferta em neurologia para as ESF baseada em estudos de demanda	26	52
	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população adstrita da SF referência para as especialidades odontológicas	30	60
	A rede de serviços de saúde assegura à população adstrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária	15	30
	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de saúde mental e as ESF	36	72
	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto atendimento da rede pública pela população coberta pela SF	35	70
	O apoio de outros profissionais da rede às equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido	41	82

continua

atribuído ao padrão “A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental” (Tabela 4).

O percentual dos gerentes das USF que responderam positivamente aos padrões da subdimensão Infraestrutura e Equipamentos da USF variou de 15,2% a 86,2%. Os padrões com menor

Tabela 3. continuação

Subdimensão	Padrões	Municípios com respostas positivas	% municípios
Gestão do Trabalho	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF	16	32
	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial	37	74
	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a Residência ou a Pós-graduação em Saúde da Família	18	36
	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	17	34
	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público	28	56
	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos	30	60
	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos	33	66
	A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados	13	26
	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF	11	22
	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área	22	44
Fortalecimento da Coordenação	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF	41	82
	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	32	64
	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/SF no processo de pactuação dos indicadores da AB no Pacto pela Saúde	45	90
	A gestão municipal valoriza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área	43	86
	O(s) técnico(s) responsável(is) pela coordenação da AB/SF possui(m) formação específica na área	31	62
	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF	25	50
	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF	19	38
	A SMS possui profissional na coordenação da AB/SF responsável pela área de SB	32	64
	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF	17	34
	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF	42	84
	A coordenação da AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas	19	38
	A gestão municipal de saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF	32	64

Tabela 4. Frequência de municípios com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Coordenação Técnica das Equipes (n = 48).

Subdimensão	Padrão	n	% municípios
Planejamento e Integração	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF	43	89,6
	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas	30	62,5
	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município, número de equipes, cobertura, profissionais e resultados	46	95,8
	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde	39	81,3
	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município	35	72,9
	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município	21	43,8
	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área	13	27,1
	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica	13	27,1
Acompanhamento das Equipes	A coordenação da AB/SF reúne-se mensalmente com as ESF	44	91,7
	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe	34	70,8
	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF	33	68,8
	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF	40	83,3
	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações	33	68,8
	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população	43	89,6
	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF	37	77,1
Gestão da Educação Permanente	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF	34	70,8
	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da Educação Permanente	36	75,0
	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e as atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente	34	70,8
	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem	19	39,6
	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente	28	58,3
	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF	19	39,6

continua

percentual de respostas em conformidade foram: “A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e

emergências” (15,2%) e “A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes” (17,6%). Na subdimensão “Insumos, Imuno-

Tabela 4. continuação

Subdimensão	Padrão	n	% municípios
Gestão de Avaliação	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente	42	87,5
	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento	43	89,6
	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF	28	58,3
	A coordenação da AB/SF analisa dados e relatórios dos sistemas de informação dos SUS ou em saúde	35	72,9
	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população	22	45,8
	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada	27	56,3
	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes	38	79,2
	A coordenação da AB/SF reúne-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	26	54,2
	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para os indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde com as ESF	44	91,7
	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município	20	41,7
Normatização	A coordenação da AB/SF disponibiliza para todas as ESF documento com os princípios e diretrizes da estratégia SF	32	66,7
	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos	28	58,3
	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contrarreferência municipal	32	66,7
	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica	35	72,9
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as situações frequentes na Atenção Básica	37	77,1
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país.	44	91,7
	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF	31	64,6
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência	21	43,8
	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental	13	27,1

biológicos e Medicamentos”, os percentuais de municípios em conformidade com os padrões variaram de 48,1% a 92,4%. O padrão com menor conformidade foi: “A USF dispõe de medi-

camentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado” (48,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência de equipes com respostas positivas aos padrões da AMQ na dimensão Unidade Saúde da Família (n = 210).

Subdimensão	Padrões	n	% equipes
Infraestrutura e Equipamentos da USF	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população	174	82,9
	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos	181	86,2
	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombos para troca de roupas	179	85,2
	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo	113	53,8
	As ESF dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades	146	69,5
	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde	118	56,2
	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada	164	78,1
	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação de imunobiológicos	118	56,2
	A USF programa o uso e a adequação dos ambientes para a realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes	146	69,5
	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF	169	80,5
	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente	172	81,9
	Os tensiômetros e as balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos	81	38,6
	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo	56	26,7
	A USF dispõe de linha telefônica	65	31,0
	A USF dispõe de equipamento de informática	97	46,2
	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente	110	52,4
	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes	37	17,6
	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências	32	15,2
	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS	162	77,1
	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas	105	50,0
	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião dentista de maneira integrada	93	44,3
A USF está equipada para atender as pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeiras de rodas	76	36,2	
A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos	53	25,2	
Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo	148	70,5	

continua

Tabela 5. continuação

Subdimensão	Padrões	n	% equipes
Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização	162	77,1
	A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes	174	82,9
	As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população	160	76,2
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses	179	85,2
	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde	194	92,4
	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade	157	74,8
	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde	194	92,4
	A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente	159	75,7
	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	165	78,6
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos de Hipertensão Arterial Sistêmica	176	83,8
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos dos Diabetes Mellitus	178	84,8
	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente insulina NPH indicada para o tratamento dos Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira	157	74,8
	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	152	72,4
	A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado	151	71,9
	A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastrointestinal	139	66,2
	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	101	48,1

Discussão

De modo geral, os gestores, coordenadores municipais das ESF e gerentes das USF dos municípios da região Nordeste de MG avaliaram a qualidade da ESF positivamente, evidenciado pelos altos valores médios dos escores de conformidade e dos percentuais de respostas positivas

aos padrões. Não foram identificados estudos que tenham utilizado os instrumentos dirigidos à gestão em outras regiões brasileiras, somente direcionados às equipes das ESF. Em Montes Claros, MG, por exemplo, o componente Equipe da AMQ foi avaliado por profissionais da ESF, com escores de conformidade superiores a 50% em cada uma das subdimensões, exceto para três

delas: Participação Comunitária, Controle Social e Saúde do Adolescente⁷.

Limitações da AMQ foram previamente apontadas^{6,8,15,16}. Na implantação da AMQ, na cidade de Registro – SP foi observado que sua viabilização depende do empenho dos gestores e que profissionais de saúde apresentaram dificuldades no preenchimento dos questionários⁸. A dificuldade de análise dos dados gerados pelos instrumentos foi também apontada, posto que a metodologia da AMQ não a define¹⁵. Não se pode afirmar, também, que as respostas obtidas condizem com a realidade praticada, já que não foram utilizadas técnicas de observação direta^{16,17}. Discute-se ainda a possibilidade de superestimação dos escores obtidos pela AMQ, porque os padrões de respostas são dicotômicos e a percepção de ineficiência da equipe pode ser gerada por um número alto de respostas negativas¹⁶.

Nesse estudo, optou-se pela obtenção da soma dos escores de conformidade para cada dimensão/subdimensão avaliada, sem consideração dos estágios de qualidade dos padrões, metodologia semelhante à previamente realizada^{7,8,17,18}. Tal opção foi escolhida, pois estudo identificou não linearidade da relação entre os estágios de qualidade da AMQ e a complexidade de implantação dos processos de trabalho preconizados pelos padrões de qualidade⁶. Uma das dificuldades enfrentadas nesse estudo foi o retorno dos questionários respondidos, não atingindo 100% de resposta para nenhum dos três instrumentos. A menor taxa de resposta (76,2%) foi entre os coordenadores das ESF que pode ser explicada pela falta dessa função específica em municípios com até três ESF. Para o instrumento direcionado aos gerentes das USF, houve 100% de perda em oito municípios jurisdicionados à GRS de Pedra Azul. Tal perda pode dever-se às dificuldades dos gestores em distribuir e solicitar a participação dos gerentes das USF e ao baixo empenho destes em responder o questionário entregue pelo gestor. A perda desses dados não comprometeu os resultados da pesquisa, uma vez que a realidade de gestão de saúde dos municípios que não participaram do estudo se identifica a dos demais que possuem o mesmo porte populacional.

Os resultados revelaram que as ESF foram bem avaliadas pelos gestores quanto à dimensão Desenvolvimento da ESF, em especial na subdimensão Implantação/Implementação, o que caracteriza a definição política e institucional da ESF como modelo de atenção dispensado à população. Entretanto, o estudo mostrou que muitos dos municípios ainda necessitam estabelecer

parcerias/convênios formais com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais. Tal necessidade também foi apontada por Sarti et al.¹⁷, quando apenas 8,5% das ESF de sua amostra inseriam representantes de movimentos sociais em seu planejamento de ação. Essas parcerias poderão constituir ações articuladas entre a gestão municipal de saúde e os trabalhos já desenvolvidos por entidades da sociedade civil, de modo que favoreçam a melhoria da qualidade de vida dos municípios¹⁹.

O pior resultado obtido na dimensão Desenvolvimento da ESF foi atribuído à subdimensão Gestão do Trabalho. Detectou-se a necessidade da valorização do profissional das ESF, pois mais de 70% dos municípios não estavam em conformidade com padrões que afirmaram sobre Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e programas de incentivo ao trabalhador. Essa questão já tem sido discutida e políticas públicas foram elaboradas, como, por exemplo, a proposta do PCCS aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde²⁰. Tais políticas são importantes como conjuntos de incentivos e estratégias para a incorporação gradual das funções de gestão pelos entes federados²¹. Entretanto, na macrorregião Nordeste, a elaboração de políticas locais de gestão do trabalho é pouco discutida nas reuniões das CIB microrregionais. Analisando os consolidados de pactuações realizadas pela CIB-SUS/MG, observa-se a grande demanda discutida sobre credenciamento de novas equipes, desligamento de unidades, habilitação para prestação de determinados serviços ambulatoriais, aprovação de documentos; sendo questões referentes a recursos humanos pouco discutidas nessas reuniões²². Essa demanda deve ser estimulada, para a construção de soluções conjuntas e novas proposições quanto à gestão do trabalho, não só na região Nordeste, mas como em todo o estado de Minas Gerais.

Problemas na área da gestão do trabalho no SUS foram elencados em uma pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ²³. Sobre a gestão propriamente dita, foram apontadas pelos gestores estaduais, a remuneração insuficiente dos trabalhadores, a precarização do trabalho, os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, a insensibilidade governamental para o setor, a ausência do PCCS, a ausência de planejamento e a ausência de concurso como principais desafios relacionados à execução de uma política satisfatória na área da gestão do trabalho no SUS²³. Esses resultados se assemelham aos encontrados na presente pesquisa, os quais ressaltam que os direitos trabalhistas precários, a desvalorização

da qualificação dos profissionais, a ausência de concurso público como entrada nos serviços de saúde, a abstenção do município em incentivar equipes que cumpriram metas estabelecidas e a ausência do PCCS são os maiores problemas listados na subdimensão Gestão do Trabalho avaliada pela AMQ.

O Fortalecimento da Coordenação obteve a segunda menor avaliação dentro da dimensão Desenvolvimento da ESF, demonstrando a ausência do monitoramento da satisfação do usuário da ESF em muitos municípios. Verificar a opinião dos usuários quanto ao trabalho desenvolvido pela ESF é uma importante forma de avaliação para priorizar ações de gestão com foco na melhoria do atendimento, como também na promoção da participação popular e do controle social. Avaliar a percepção do usuário em relação ao grau de satisfação do atendimento prestado pela ESF pode contribuir para “[...] garantir que as melhorias dos serviços concentrem-se naquilo que os usuários desejam em oposição ao que os tomadores de decisões acham que eles querem”²⁴.

Outro ponto crítico na subdimensão Fortalecimento da Coordenação foi a ausência de apoio à formação de conselhos locais de saúde nas UBS. A ESF tem em sua metodologia de trabalho o incentivo à participação social, visando contribuir para a reorganização das práticas de trabalho a partir da APS²⁵. Os conselhos locais de saúde são instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos dos cidadãos²⁶, sendo espaços que potencializam a criatividade dos usuários na proposição e elaboração da política local de saúde. Incentivar a participação social, apoiar e garantir a formação dos conselhos locais de saúde é papel do gestor. Tais conselhos podem ampliar a participação comunitária na fiscalização, proposição, execução, monitoramento e acompanhamento²⁷ das políticas públicas de saúde¹, facilitando a integração de ideias que conciliam o interesse de prestadores, trabalhadores e profissionais de saúde, de gestores públicos e de representantes do movimento popular e sindical²⁸.

Houve conformidade aos padrões da subdimensão “Fortalecimento da Coordenação” e, especificamente, ao padrão que diz sobre a existência de coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, oito equipes da ESF. Em municípios com menor população, atribui-se ao fato de alguns municípios da região macronordeste de Minas Gerais não possuírem coordenador da ESF, sendo essa função assumida pelos próprios gestores ou por um profissional que executa trabalhos relacionados à

administração local de saúde ou por um profissional da ESF, geralmente o enfermeiro. Tal fato gera sobrecarga de trabalho, desvio de função e a não execução ou execução parcial das atribuições inerentes ao coordenador municipal da ESF. Porém, a correlação encontrada está de acordo com a Deliberação 340/2007, da CIB-MG, que determina que os municípios com três ou mais equipes implantadas deverão ter uma coordenação municipal responsável pela ESF²⁹ e, em muitos municípios, observou-se três ou menos ESF. Ainda é possível destacar que nos municípios onde, na gestão, há envolvimento e articulação de assessores, supervisores, coordenadores e secretário de saúde, há uma mudança de conduta no trabalho de gestão com finalidade de organização e qualificação da SF³⁰.

A avaliação da dimensão Coordenação Técnica das ESF evidenciou em duas subdimensões o acesso desigual a processos educativos entre os municípios, com grande percentual dos coordenadores respondendo negativamente a questões sobre viabilização de formação teórica e prática e de especialização para trabalhadores das ESF. Um dos fundamentos da APS é a valorização dos profissionais de saúde, por meio de estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação³¹. Por outro lado, destacam-se ações educativas como, por exemplo, capacitações sobre temas específicos, direcionadas aos profissionais de saúde, que ocorrem de acordo com a necessidade/interesse identificada pelo gestor, bem como ações programáticas instituídas pelo MS. Figueiredo et al. observaram que ações de educação permanente referentes à própria gestão de saúde não são realizadas, sendo que em municípios com menos de 10 mil habitantes essas ações não foram sequer referidas³⁰. As funções e ações relacionadas ao planejamento e gestão em saúde são premissas básicas das ESF e o fraco desempenho destas funções observadas no conjunto de municípios, tanto por este quanto por outros estudos^{17,30}, indica a necessidade de avaliação do processo de educação permanente das equipes e da prioridade atribuída a ela pelos gestores¹⁷.

Outro item avaliado negativamente por grande parte dos municípios mostrou que atividades conjuntas com instituições acadêmicas são muito incipientes. Os municípios de maior porte possuem uma crescente interação com centros formadores, universitários ou não, explicando a correlação observada entre os escores de conformidade da subdimensão “Gestão da Educação Permanente” e população municipal. A integração ensino-serviço é um trabalho de estudantes

e discentes dos cursos na área de saúde com trabalhadores das equipes de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços³². As relações de cooperação ensino-serviço tendem a se concentrar apenas naquelas estabelecidas entre grandes municípios e centros formadores aí localizados. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, compete ao gestor estadual possibilitar e mediar este acesso para os municípios de menor porte, que não contam com instituições formadoras em seu território³³. O MS tem duas iniciativas que possibilitam a integração ensino-serviço, sendo elas o Pró-saúde e o programa Telessaúde Brasil, que proporcionam oportunidades de aprendizado e auxiliam na melhoria do desenvolvimento das práticas na área de saúde^{34,35}.

Os escores de conformidade foram maiores nos municípios com população maior para as subdimensões “Acompanhamento das Equipes”, “Gestão da Educação Permanente” e “Normatização da dimensão Coordenação Técnica das Equipes”. Tal correlação pode ser atribuída à presença do coordenador em municípios com número maior de ESF. Para Silva, “[...] os coordenadores desenvolvem funções gerenciais de relevante importância no contexto municipal, tanto para as equipes, quanto para a gestão [...]”³⁶. Estudo anterior mostrou que uma maior cobertura populacional e maior tempo de implantação não indicam, necessariamente, maior maturidade em termos de organização dos serviços de saúde, e sim uma maior probabilidade de adequação das ESF aos padrões de qualidade do AMQ¹⁷.

O estudo evidenciou deficiências quanto à Infraestrutura e Equipamentos das ESF da região Nordeste de Minas Gerais, sendo os escores de conformidade desta subdimensão menores que os de Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Ao analisar as respostas aos padrões, perceberam-se deficiências em relação à existência de equipamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência e outros que viabilizem o atendimento das equipes e, conseqüentemente, o aumento da resolubilidade da APS. Tal achado pode ser explicado pelos poucos investimentos destinados à aquisição de equipamentos para a APS, como também do caráter histórico dos atendimentos de urgência e emergência serem realizados apenas em hospitais e ambulatorios especializados. Segundo o CONASEMS, as UBS que desenvolvem ações da APS precisam de instalações físicas adequadas,

com equipamentos e insumos necessários para a qualidade dos serviços prestados³¹. Assim, infraestrutura adequada e organizada, equipamentos disponíveis e em funcionamento são fundamentais para acolher os usuários com dignidade e respeito e com condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde.

Os municípios menores apresentaram maiores escores de conformidade aos padrões das subdimensões Infraestrutura e Equipamentos da USF. Tal correlação pode estar atribuída a dois fatores: a) normatização dos critérios mínimos sobre estrutura física e equipamentos das UBS, no âmbito do estado de Minas Gerais (Resolução SES nº. 604/2004)³⁷; b) repasse de recursos financeiros pelo estado aos municípios para investimento na melhoria da infraestrutura e qualidade da APS, sendo os municípios menores os primeiros a serem contemplados com recursos estaduais para construção e reforma e ou ampliação das UBS (Resolução SES nº. 760/2005)³⁸.

A subdimensão “Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos” foi melhor avaliada pelos gerentes das USF nos municípios de menor IDH. Essa relação pode ser explicada pelos incentivos financeiros concedidos a municípios de pequeno porte; pela alta taxa de cobertura da ESF para dispensação gratuita de medicamentos para a APS¹⁷- Programa Farmácia de Minas -; como também, pela maior cobertura vacinal em populações com maior cobertura da ESF, notadamente municípios de IDH mais baixo³⁹.

A utilização dos instrumentos da AMQ permitiu identificar as subdimensões que exigem maior atenção e que necessitam de maior intervenção da gestão municipal. Além da análise descritiva das médias de escore de conformidades aos padrões de qualidade do AMQ, a correlação com a população e com o IDH municipal permitiu a identificação de desigualdades na avaliação segundo esses indicadores, permitindo o estabelecimento de prioridades no planejamento de ações. O percentual de cobertura populacional e o tempo de implantação das ESF não se correlacionaram significativamente com nenhuma dimensão. Isso pode ter ocorrido em função da homogeneidade entre os grupos quanto a essas duas variáveis, pois na maioria dos municípios, foram observadas 100% de cobertura e mais de 10 anos de implantação das ESF. Para que a população do nordeste mineiro obtenha benefícios com o melhor desempenho da ESF, é fundamental o estímulo gerencial, político e financeiro à sua rede de APS, sendo a avaliação um processo fundamental para fomentar esse crescimento.

Conclui-se que a autoavaliação da qualidade da ESF na macrorregião Nordeste de Minas Gerais, no âmbito da gestão, foi, de modo geral, positiva. A pior avaliação foi observada nas subdimensões de “Gestão do Trabalho”, “Educação Permanente” e “Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos”. Quanto maior a população municipal, melhor foi a avaliação dos gestores no que diz respeito ao “Fortalecimento da Coordenação”, “Acompanhamento das Equipes”, “Gestão da Educação Permanente e Normatização” e pior a avaliação da “Infraestrutura e Equipamentos”.

Colaboradores

AVL Cardoso, APN Chain, RIP Mendes, EF Ferreira, AMD Vargas, AMEB Lima e RC Ferreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Souza HM. O PSF como Indutor da Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica. *Rev Bras Saude Fam* 2002; 6(2):10-15.
- Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):401-412.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: MS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. 3ª ed. Brasília: MS; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: MS; 2012.
- Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GE. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2011; 21(3):865-878.
- Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. *Trab. educ. saúde* 2011; 9(1):95-108.
- Venâncio SI, Silva AL, Martins MCFN, Martins PN, Figueiredo R, Rosa TEC, Bastos S. *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades*. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 2010 jul 1]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde – Estimativa IBGE/TCU 2011*. [acessado 2013 jan 26]. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br>.
- Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos em Políticas Públicas. *Informativo agosto/2008*. [Internet]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2008. [acessado 2010 jul 1]. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br>
- Organização das Nações Unidas (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil*. [acessado em 2010 jul 1]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas>.
- Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*. [Internet]. Brasília: Brasil, 2011. [acessado 2011 mai 9]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php.
- Sarti TD. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
- Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatás ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(1):41-48.
- Sarti TD, Campos CEAC, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):537-548.
- Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1187-1193.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderno de Auto-avaliação nº 1: Gestão Municipal da Saúde*. 3ª ed. Brasília: MS; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS*. Brasília: MS; 2012.
- Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* 2008; 18(4):685-704.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde (SESMG). *Consolidado de pactuações de CIRs e CIRAs - reunião ordinária da CIB-SUS/MG - 16 de julho de 2014*. [Internet]. Minas Gerais: Brasil, 2014. [acessado 2014 jul 26]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/apresentacao>.
- Arias EHL, Vitalino HA, Machado MH, Aguiar-Filho W, Cruz LAM. Gestão do trabalho no SUS. *Cad RH Saude* 2006; 3(1):112-117.
- Dinsdale GB, Manson DB, Schmidt F, Strickland T. *Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2000.
- Lacerda WA, Santiago IMFL. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Rev. Katálysis* 2007; 10(2):197-205.
- Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G, Siqueira-Batista R. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. *Physis* 2008; 18(1):105-121.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: MS; 2006.
- Cortes SMV. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* 2002; 4(7):18-49.
- Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 340, de 19 de abril de 2007. Altera o art. 3º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 287 de 17 de agosto de 2006. [Internet]. Minas Gerais: Brasil, 2007. [acessado 2011 out 04]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/Del%20340%20alteracao%20da%20Deliberacao%20no%20287.pdf.
- Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da estratégia saúde da família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* 2010; 20(1):235-259.

31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *A Atenção Básica que queremos*. Brasília: CONASEMS; 2011.
32. Ferla AA, Rocha CME, Santos LM. *Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Rede Unida; 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília: CONASS; 2011. 120 p.
34. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Souza MLR. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arquivos em Odontologia* 2010; 46(3):144-151.
35. Campos FC, Haddad AE, Wen CL, Alkmim MBM. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. Em: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, organizadores. *Telessaúde - um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte: UFMG; 2006. 59-74 p.
36. Silva GS. *O processo de trabalho do coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 96 p.
37. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES Nº 604 de 19 de Novembro de 2004. Dispõe sobre o Projeto Físico das Unidades Básicas de Saúde e estabelece outras providências. [Internet]. Minas Gerais: Brasil, 2004. [acessado 2011 out 04]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=478.
38. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 760, de 06 de outubro de 2005. Estabelece o incentivo, no âmbito do Programa Saúde em Casa, para a melhoria da infra-estrutura e qualidade do Sistema de Atenção Primária à saúde e define critérios para sua concessão. [Internet]. Minas Gerais: Brasil, 2005. [acessado 2011 out 04]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0760.pdf
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006*. Brasília: MS; 2008.

Artigo apresentado em 10/07/2014

Aprovado em 02/09/2014

Versão final apresentada em 23/09/2014