

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

EVANIA MARIA DA SILVA SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAR O
PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO PRIMARIA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES - PE**

RECIFE

2012

EVANIA MARIA DA SILVA SANTOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAR O PROCESSO DE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador(a): Gabriela Ferraz Murakami

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237p Santos, Evania Maria da Silva.

Projeto de Intervenção para Implementar o Processo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária no Município do Jaboatão dos Guararapes - PE./ Evania Maria da Silva Santos. Recife: E. M. da S. Santos, 2012.

79 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: Gabriela Ferraz Murakami.

1. Projeto de Intervenção. 2. Qualidade. 3. Monitoramento e Avaliação. I. Murakami, Gabriela Ferraz. II. Título.

CDU 614.39

EVANIA MARIA DA SILVA SANTOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAR O PROCESSO DE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Gabriela Ferraz Murakami
SMS Jaboatão dos Guararapes

Prof. Dr^a. Maria Rejane Ferreira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

AGRADECIMENTO

Ao meu amado Deus por que sem Ele jamais teria chegado aqui.

Aos meus pais que tanto me incentivo amor e dedicação.

A meu esposo e minhas filhas por compreenderem a dedicação quase que exclusiva nos finais de semana dedicados ao curso.

Aos colegas de curso pela amizade e companheirismo, em especial a Patrícia Márcia, Ivanilde, Evellyn, Bruna e Sidney.

À minha orientadora, Gabriela Murakami, pela paciência, serenidade e a sabedoria em conduzir-me para a realização desse projeto.

À Secretaria de Saúde de Jaboaão dos Guararapes, na pessoa de Gessyanne Paulino, pela motivação e apoio.

A toda equipe do Curso: coordenação, professores, secretaria, monitoria, pela contribuição em meu saber.

SANTOS, Evania Maria da Silva. **Projeto de intervenção para implementar o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária no município do Jaboatão dos Guararapes- PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

No município do Jaboatão dos Guararapes/PE (644.620 habitantes), o desafio para consolidar a Estratégia de Saúde da Família consiste em ampliar 70%, assegurar o acesso e melhorar a qualidade da atenção. Muito embora tenha sido implantado, em 2011, Projeto de Supervisão das Equipes de Saúde da Família com a finalidade de manter o padrão de funcionamento, a estrutura enxuta das regionais de saúde do município vem colaborando para sobreposição das atribuições dos supervisores, descaracterizando o papel do monitoramento das ações da atenção primária. Objetivo: Elaborar plano de intervenção de reestruturação do processo de monitoramento da atenção primária no município de Jaboatão dos Guararapes, redefinindo rotinas, instrumentos, fluxos e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento. Plano Operativo: 1ª etapa. Envolvimento dos atores e aprofundamento do marco teórico norteador. 2ª etapa. Construção de ferramentas de trabalho para o processo de monitoramento e avaliação como o marco lógico, o instrumento e manual instrutivo de monitoramento e avaliação. 3ª etapa. Acompanhamento das ações por meio de relatórios trimestrais e oficina anual de avaliação da atenção primária. Considerações Finais: O projeto de intervenção de reestruturação do processo de monitoramento e avaliação é uma proposta na perspectiva da melhoria da qualidade da atenção primária no município de Jaboatão dos Guararapes em consonância com o contexto nacional para implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade das ações e serviços de saúde ofertados à população.

Palavras Chaves: Atenção Primária, Projeto de Intervenção, Qualidade, Monitoramento e Avaliação,

SANTOS, Evania Maria da Silva. **Intervention project to implement the process of monitoring and evaluation of primary care in the city of Jaboatão Guararapes - PE.** 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRAT

In the city of Jaboatão Guararapes / PE (644 620 inhabitants), the challenge to consolidate the Family Health Strategy is to expand 70%, ensure access and improve quality of care. Even though it was deployed in 2011, Project Supervision of Family Health Teams in order to maintain the standard of operation, the lean structure of regional health council is working to overlap the duties of supervisors, the role of descaracterizando monitor the actions of primary care. Objective: Develop intervention plan for restructuring the monitoring process in primary care Jaboatão Guararapes, redefining routines, tools, flows and allocations of responsibilities at different levels of management. Operating Plan: Step 1. Stakeholder involvement and deepening the theoretical framework guiding. Step 2. Construction work tools for the monitoring and evaluation process as the logical framework, the instrument and instructional manual monitoring and evaluation. Step 3. Follow-up actions through quarterly reports and annual review workshop of primary care. Conclusions: The intervention project for restructuring the process of monitoring and evaluation is a proposal from the perspective of improving the quality of primary care in Jaboatão Guararapes in line with the national context for implementation of initiatives that recognize the quality of the actions and health services offered to the population.

Keywords: Primary Care Intervention Project, Quality, Monitoring and Evaluation

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Atenção Primária a Saúde (APS)	13
2.2	Descentralização, Regionalização e Territorialização das Ações de Saúde	15
2.3	Monitoramento e Avaliação em Saúde	17
2.3.1	<i>Instrumentos de Monitoramento da Atenção Primária no Brasil.....</i>	<i>18</i>
2.3.2	<i>Programa nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB)</i>	<i>20</i>
2.3.3	<i>Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF.....</i>	<i>20</i>
3	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo Geral	22
3.2	Objetivos Específicos	22
4	DIRETRIZES	23
5	PLANO OPERATIVO.....	25
6	METAS e ESTRATÉGIAS	25
7	RESULTADOS ESPERADOS.....	27
8	ASPECTOS OPERACIONAIS	28
8.1	Cronograma	28
8.2	Recursos Humanos	28
8.3	Recursos de Materiais / Equipamentos e Orçamento.....	29
8.4	Fonte de Financiamento	29
9	VIABILIDADE	30
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos vinte anos, o Sistema Único de Saúde aumentou a cobertura de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente, ampliando o acesso a uma considerável parte da população, expressando os investimentos e melhorias em recursos humanos, tecnologia, ciência e na atenção primária (PAIM et al., 2011).

No país, a estratégia governamental para estruturar a atenção primária foi baseada na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é composto por uma equipe formada por um enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que cada ACS atende entre 400 e 750 pessoas adscritas territorialmente (BRASIL, 2001). A evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde consolidou o Programa Saúde da Família que é formado por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde, além da equipe de saúde bucal inclusa a partir do ano de 2000 (BRASIL, 2006a).

Cada equipe do Programa Saúde da Família atende em média 4.000 pessoas que residem na área de abrangência da unidade de saúde (BRASIL 2011). As equipes de saúde representam o primeiro acesso ao sistema de saúde local e gerenciam o cuidado à saúde, referenciando os serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (PAIM et al., 2011). A rápida expansão desses programas fez com que em 2010 houvesse 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de saúde da família atendendo aproximadamente 98 milhões de pessoas em 85% (4737) dos municípios brasileiros (PAIM et al., 2011). Apesar do aumento da cobertura dos serviços de saúde, a qualidade da atenção ainda é considerada abaixo do esperado, afetando os cuidados primários como o pré-natal, o controle das doenças infantis e a abordagem sindrômica de doenças sexualmente transmissíveis (VICTORA et al., 2011).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem priorizado o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população brasileira (BRASIL, 2012a). Nesse contexto, surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tem como um dos objetivos institucionalizar a cultura de monitoramento e avaliação. Para a PMAQ, a qualidade em saúde esperada refere-se aos padrões estabelecidos pelas normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas considerando os valores culturais e a competência dos atores (BRASIL, 2012a).

Muito embora o Ministério da Saúde considere que o conceito de qualidade seja uma construção social, produzido pelos significados que os sujeitos atribuem às suas experiências e hierarquizam (BRASIL, 2012a), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é baseada numa perspectiva normativa. A avaliação normativa consiste em julgar uma intervenção considerando os recursos empregados (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados alcançados (LADEIRA, 2011) Para alcançar os efeitos desejados da intervenção, parte-se do pressuposto de que se deve manter o respeito às normas e aos critérios escolhidos, uma vez que foram elaborados por um grupo de experts na área e baseados em estudos e pesquisas. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2002)

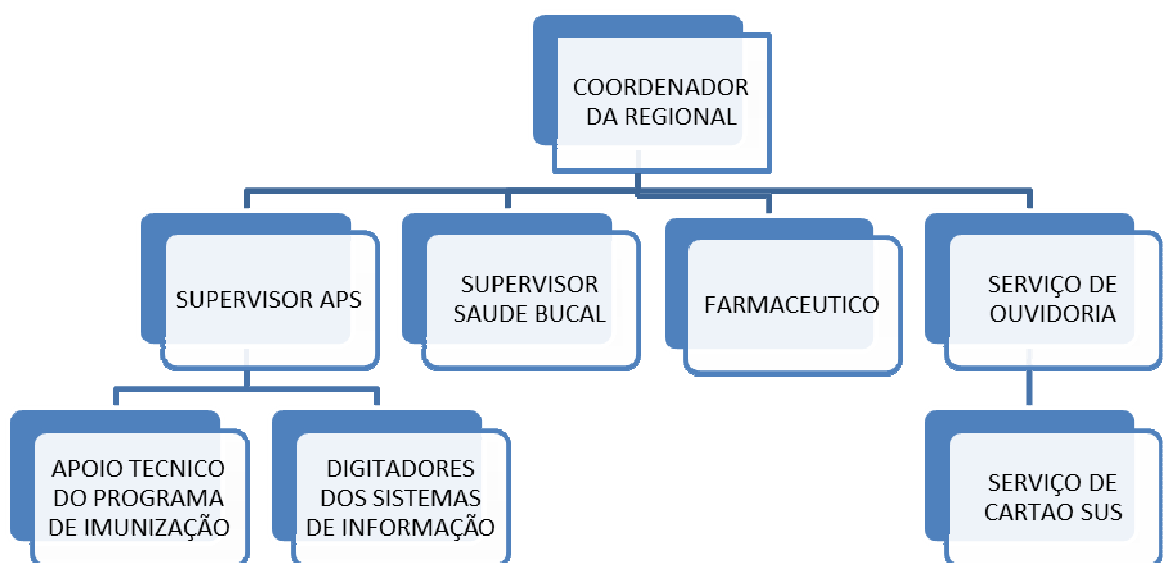
Vários autores vêm desenvolvendo perspectivas para a avaliação dos serviços de saúde considerando outros fatores além dos protocolos e normas dos programas. Para Campbell et al, (2000), a qualidade do cuidado em saúde na perspectiva individual apresenta duas dimensões: acesso e efetividade, ou seja, garantir que o usuário tenha acesso aos serviços de saúde quando necessário e que tais serviços prestados sejam efetivos, tanto do ponto de vista clínico, bem como da relação interpessoal.

No município do Jaboatão dos Guararapes, situado no litoral da Região Metropolitana do Recife, com 256km² e 644.620 habitantes, a adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família ocorreu no final dos anos noventa. Apesar dos investimentos realizados para expansão dos programas, alcançando a cobertura de 52,2% em 2012 (**Anexo 1**), a gestão atual tem se deparado com vários desafios para avançar no desenvolvimento da Atenção Primária. 10 Novas ESF foram implantadas, investiu-se na infraestrutura com aquisição de equipamentos, reformas e adequações em 06 unidades básicas de saúde e 27 unidades de saúde da família, foram construídas 06 novas unidades da Saúde da Família, foram efetivados 446 agentes comunitários de saúde (ACS) e estão em processo de efetivação 374 ACS, foram implantados 07 núcleos de apoio à saúde da família (NASF) com a contratação de 49 profissionais entre psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, houve fortalecimento da capacidade técnica por meio de cursos e capacitações, entre outras melhorias realizadas (JABOATAO DOS GUARARAPES, 2011). Contudo, faz-se necessário adotar estratégias para superar desafios como o alcance de 70% da cobertura da Atenção Primária (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2010a) a ampliação da resolutividade das Equipes de Saúde da Família, aperfeiçoando os processos de trabalho e o aprimoramento das atividades de monitoramento e avaliação. (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2010b).

Muito embora a gestão municipal tenha aderido ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF, e à PMAQ, com ações voltadas para a abertura de novas unidades de saúde e melhorias da estrutura, processo e resultados das equipes, as atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Primária requerem maior reestruturação, por se tratar de um grande centro urbano, cuja regionalização ainda é incipiente com grande concentração de recursos no nível central.

Em 2009, o município do Jaboatão dos Guararapes implantou um novo modelo de gestão municipal regionalizado baseado em critérios demográficos e econômicos com o objetivo de descentralizar as ações do setor público atendendo às características e demandas locais (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009). Cada regional foi criada com representações dos setores da saúde, educação, assistência social, obras, defesa civil e esportes. Assim, foram implantadas seis regionais e, posteriormente em 2011, foram divididas em sete regionais abrangendo os territórios de Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Praias e Guararapes (**Anexo 2**). Cada regional de saúde conta com uma estrutura organizacional e administrativa composta por uma coordenação, um ou dois supervisores da Atenção Primária, um supervisor de saúde bucal, um profissional responsável pela assistência farmacêutica, um apoio técnico do Programa Municipal de Imunização, serviço de Ouvidoria e a digitação dos Sistemas de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e o Cartão SUS.

Organograma funcional da regional



O Plano de Supervisão das Equipes de Saúde da Família foi implantado no município do Jaboatão dos Guararapes em 2011 (**Anexo 3**) com a finalidade de acompanhar o processo de trabalho e a estrutura da assistência básica de saúde. Nesse plano, são encontradas orientações sobre o diagnóstico da USF, o cronograma de visitas (incluindo ESF, PACS e UBS), o roteiro da supervisão, o modelo de relatório mensal, as atribuições do supervisor e a composição da equipe de supervisores.

Devido à estrutura inadequada das regionais de saúde, houve uma sobreposição das atribuições dos supervisores impulsionada pela demanda do dia-a-dia, descaracterizando o papel do monitoramento das ações da atenção primária. No intuito de reforçar as ações de acompanhamento, foi realizado, em 2012, um levantamento sobre o processo de trabalho dos supervisores das regionais de saúde (**Anexo 4**), identificando diferentes práticas e percepções sobre as atribuições do supervisor, bem como o pouco uso de instrumentos padronizados e o monitoramento de diferentes indicadores. No tocante às práticas das supervisões, foi identificado o apoio administrativo e de recursos humanos não somente às unidades básicas de saúde, bem como às policlínicas e aos centros de referência, contribuindo para caracterizar o papel do supervisor da atenção primária à função administrativa setorial. A maioria dos supervisores mencionou o desenvolvimento de atividades de supervisão das ESF, PACS, NASF e das UBS, entretanto apenas três regionais de saúde admitiram fazer uso de instrumentos de supervisão. Quanto ao monitoramento de indicadores específicos tiveram destaque os indicadores do SIAB, da PMAQ e da prevenção ao câncer de colo do útero. Em relação à compreensão do que “deveria fazer e não faz” a maioria dos supervisores mencionou a importância de desenvolver atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da atenção primária. (**Anexo 4**)

Considerando a importância do monitoramento e avaliação para avançar na qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária, faz-se necessário reestruturar o processo de monitoramento e avaliação no município do Jaboatão dos Guararapes, redefinindo as rotinas, instrumentos, fluxos e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento, visando fortalecer a atenção primária e a reorientação do modelo técnico assistencial de saúde para favorecer a atenção integral.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Iremos falar nesse capítulo sobre Atenção Primária à Saúde, Descentralização, Regionalização e Territorialização das Ações de Saúde, monitoramento e avaliação em saúde

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS foi definida pela Organização Mundial de Saúde em 1978, tendo como referência a Declaração de Alma Ata que a caracterizou como um nível de atenção à saúde fundamentado na promoção, proteção, prevenção e reabilitação no âmbito individual e coletivo, desenvolvido por equipe multiprofissional que assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do território que vivem essas populações, tendo como alicerce os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da responsabilização, do acolhimento, da participação social (BRASIL, 2011).

No mundo, a APS tem-se apontado como estratégia para sistemas de saúde e no Brasil, tem sido alvo recente de investimento das políticas como recurso reordenador do modelo assistencial do SUS, no qual se impõe a desmedicalização e a reorientação da prática assistencial centrada no sujeito social (RIBEIRO, 2007).

Esse nível de atenção tem como diretrizes atender uma população adscrita ao território, promovendo ações de saúde descentralizadas, resolutivas e contínuas, garantindo a longitudinalidade do cuidado por meio do vínculo e da corresponsabilização entre profissionais e usuários, estimulando a participação social (BRASIL, 2012a).

A APS tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, estando mais próxima das famílias e comunidade, a fim de melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).

O relatório final da Conferência de Alma Ata em 1978 apontou como elementos fundamentais da APS a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, inclusive imunização e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimentos de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição, e medicina tradicional de alto impacto na saúde da população (STARFIELD, 2002).

Além de definir esses elementos para ação de cuidados primários da saúde, o relatório final da Conferência sugeriu aos governos que incorporassem aos seus planos nacionais de

desenvolvimento as seguintes premissas: os cuidados primários de saúde, a participação de outros ministérios para adequado apoio administrativo e financeiro, uma política de recursos humanos, apoiados por um sistema de informação. A Conferência sancionou ainda a importância do desenvolvimento adicional de um sistema nacional de saúde, no qual os cuidados primários de saúde deveriam ser partes integrantes (RIBEIRO, 2007).

Segundo Paim e Almeida (1998), a APS vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada. Não só a medicina desenvolveu-se muito em seus diagnósticos precoces e definições de riscos genético-familiares, como epidemiologicamente a definição de situação de risco também se complexificou. Além disso, a dimensão de ações que promovem diretamente a saúde, mais que ações de restauração ou prevenção, tornaram a promoção à saúde um conceito que precisou ser melhor delimitado. Essa noção, mal esboçada nos anos 50, embora já presente, trouxe novas questões para a assistência, como, por exemplo, o conceito de qualidade de vida.

Em virtude de diferenciar a proposta entre saúde da família e a dos cuidados primários a saúde interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde o ministério da saúde adotou a nomenclatura atenção básica para definir a APS no Brasil (TESTA, 1987)

No Brasil, desde a metade da década de 90, a APS passou a ser priorizada em termos de investimentos e criação de novos programas. Experiências estaduais bem sucedidas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvido no Ceará, estimularam o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, “tendo como objetivo central contribuir para redução da mortalidade infantil e mortalidade materna” (VIANA; POZ, 1998). Outra experiência como o programa Médico da Família desenvolvido em Niterói (RJ), inspirado no modelo cubano, também contribuiu para o Ministério da Saúde criar o Programa Nacional de Saúde da Família (PSF) em 1993 (Brasil, 2005a). A partir de 1997, o PSF foi apresentado como estratégia de reorientação do modelo assistencial, intervindo diretamente sobre a APS e reestruturando os outros níveis do sistema. O princípio do PSF de adscrição de clientela, com base territorial, fortalece o vínculo entre os profissionais de saúde e a população, além de favorecer o conhecimento sobre os problemas de saúde e situação de risco das comunidades inseridas na área de abrangência. Em 2003, foi criada pela portaria GM/MS nº 676 de 03/06/2003 a Comissão de Avaliação da Atenção Básica, composta por integrantes da Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância à Saúde, CONASEMS e CONASS. Essa comissão teve, entre outras atribuições, de definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica. De acordo com relatório interno da comissão (BRASIL, 2003), a atenção básica é conceituada

como “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidades. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social”.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Básica considerando a estratégia saúde da família prioritária para a organização da APS, especificando esses serviços como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde (ROCHA; SOUZA; BORTOLOZZO, 2011).

A estratégia saúde da família é baseada na humanização das práticas de saúde, no estreitamento das relações entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, na democratização na socialização dos fatores que constituem o processo saúde-doença, no estímulo à participação da população para o controle social, na família como foco da intervenção, na realização das ações educativas de promoção e prevenção, além da assistência curativa e reabilitadora (BRASIL, 2006b).

Com a finalidade de afirmar os princípios de uma APS ampliada o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por profissionais de diferentes áreas para atuar em parceria com as equipes da saúde da família. Segundo a portaria ministerial, o atendimento desenvolvido pelo NASF não pode configurar como a porta de entrada do sistema, mas deve atuar em conjunto com as equipes de saúde da família na responsabilização pelos usuários, com ações que favoreçam a integralidade do cuidado (ROCHA; SOUZA; BORTOLOZZO, 2011).

2.2 Descentralização, Regionalização e Territorialização das Ações de Saúde

A descentralização é um dos princípios que diz respeito à operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a qual assume um papel estruturante nas três esferas do governo, permitindo uma maior articulação, colaboração e qualidade das ações e serviços de saúde. A ferramenta principal desse princípio é a regionalização que se traduz no reconhecimento da dinâmica dos espaços locais, nos quais serão desenvolvidas ações de saúde

visando à satisfação das necessidades de saúde e ao bem-estar da população pertencente ao seu território (BELTRAMMI, 2008).

A Constituição 1988, já considerava a regionalização como uma estratégia prioritária para as ações de saúde. Em 1996 a Norma Operacional Básica traz as ferramentas de pactuação para municipalizar as ações e serviços de saúde. Em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) aperfeiçoaram conceitos e bases referenciais da regionalização definindo-se as microrregiões, as macrorregiões e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Investimento (PDI), esses últimos configurando-se como importantes instrumentos para o planejamento da regionalização (BELTRAMMI, 2008).

Na regionalização deve-se considerar um planejamento integrado, incluindo todos os equipamentos e necessidades existentes em seu território para identificar as prioridades de intervenção e a adequação dos sistemas funcionais de saúde, respeitando os limites da unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2005a).

A Territorialização da rede municipal de saúde é um ponto importante para acompanhar e organizar a situação de saúde da população isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político- culturais epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construir o mapa básico e os mapas temáticos do município (PAIM; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 1998).

O processo de territorialização tem como finalidade traçar ações específicas que irão permitir intervenções de saúde adequadas para cada problema e grupos de uma determinada população, favorecendo impacto positivo nas condições de vida daquele território, por meio da microlocalização dos problemas de saúde, da intervenção pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando fortalecer a integralidade, efetividade e a equidade das ações de saúde (PAIM; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 1998).

A regionalização, portanto, possibilita ao cidadão em sua região ter direito a saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a redução das disparidades sociais, racionalizar os gastos e otimizar os recursos e potencializa o processo de descentralização das ações de saúde. Proporciona aos gestores estruturas mais adequadas de supervisão e controle e ajustes às necessidades locais (GIL; LICHT; YAMAAUCHI, 2006).

2.3 Monitoramento e Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde é um processo de gerenciamento que tem como objetivo qualificar as ações e serviços de saúde, favorecendo a tomada de decisão, e a reorientação das ações e serviços visando ampliar o impacto nas condições de saúde da população (BRASIL, 2005b).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo, contínuo e ordenado, cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. Deve-se entender também que não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, mas, sobretudo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2003).

O investimento no processo de avaliação permite aos gestores a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico com a finalidade de ter um atendimento em saúde qualificado (FELISBERTO, 2004). Para tanto, é necessário um investimento cuidadoso e consistente porque não se trata apenas de uma compatibilização de ferramentas, mas principalmente de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação (BRASIL, 2005).

No Brasil, a avaliação em saúde ainda está em processo de institucionalização de forma que os instrumentos utilizados ainda possuem um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiário do planejamento e da gestão. Por isso, faz-se necessário investir em estudos e pesquisas que favoreçam a avaliação para cada ação ou intervenção proposta com vistas à qualificação da Atenção Primária (BRASIL, 2003), considerando os seguintes aspectos importantes:

- 1) A avaliação é um julgamento de valor e requer que os critérios envolvidos estejam explícitos e pactuados no processo avaliativo.
- 2) O fortalecimento do processo de tomada de decisão, uma vez que o ato de avaliar propicia mudanças, pois, do contrário, poder-se-ia dizer que se realiza apenas um diagnóstico. É necessário que se possa entender que avaliar permite apontar caminhos para a melhoria da qualidade e que os resultados encontrados podem gerar novas questões avaliativas não previstas (CAZARIN; POÇAS; MENDES, 2011).

- 3) O monitoramento tem a finalidade de analisar as atividades e ações de saúde que estão sendo realizadas conforme o planejado e se esta tendo os resultados esperados para isso ele envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde. Em virtude disso ele é considerado uma parte do processo avaliativo (BRASIL, 2005b).

2.3.1 Instrumentos de Monitoramento da Atenção Primária no Brasil

As principais ferramentas de acompanhamento da atenção primária no país são o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2003 (BRASIL, 2004).

- Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Em 1998, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com o intuito de acompanhar as ações de saúde realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como, do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios de um determinado território (LAPREGA; SILVA, 2005).

O SIAB é um sistema de informação que realiza a análise sistemática de necessidades de saúde e das ações prioritárias desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde, bem como do impacto dessas ações na situação de saúde das populações (BRASIL, 2003).

O SIAB é uma ferramenta que apóia o gerenciamento da atenção primária, fazendo uso dos conceitos de territorialização e adscrição de clientela, tornando-se uma ferramenta que potencializa a programação local com a comunidade usuária (FELISBERTO, 2004).

- Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Portaria Nº 3.925, de 13 De Novembro de 1998) um elenco mínimo de indicadores com a finalidade de ser um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica. A partir de então, a cada ano vêm sendo publicadas, por meio de portarias específicas, orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores (BRASIL, 2003).

- Indicadores do Pacto da Atenção Básica, 2003

Indicadores principais
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade.
Taxa de mortalidade infantil.
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer.
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas.
Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade.
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade
Taxa de mortalidade materna
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal.
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.
Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC).
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares.
Taxa de internação por cetoacidose e coma diabético.
Proporção de abandono do tratamento de tuberculose.
Proporção de abandono do tratamento de hanseníase.
Taxa de detecção de casos de hanseníase.
Cobertura de primeira consulta odontológica.
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante.

Fonte SESA/PMS- 2010

Indicadores complementares
Número absoluto de óbitos neonatais.
Taxa de mortalidade infantil neonatal.
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero.
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama.
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).
Taxa de internação por diabetes
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva.
Taxa de mortalidade por tuberculose.
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.
Proporção de grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico.
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.
Média mensal de visitas domiciliares por família.
Taxa de prevalência da hanseníase.

Fonte: SESAU/PMS- 2010

2.3.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Em 2011, O Ministério da Saúde lança a Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, que instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O processo de avaliação do PMAQ teve como base a escolha de indicadores de saúde que possam ser monitorados e avaliados por meio do SIAB (BRASIL, 2011b).

2.3.3 Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

No Brasil, o PROESF foi implantado em 2003, com a proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes (BODSTEIN et al., 2006).

Esse projeto é uma ação do ministério da saúde com parceria do Banco Mundial (BIRD), voltado para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país (BALTAZAR, 2008).

Nos municípios maiores, existe maior concentração populacional e heterogeneidade das condições econômicas e sociais, assim como desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Em virtude disso, o PROESF visou fortalecer a consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualidade do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas à população (BALTAZAR, 2008).

O PROESF vem viabilizando a estruturação das equipes/unidades, aperfeiçoando tecnologias de gestão e avaliação do sistema, ampliando e reestruturando várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no PSF, além de incrementar recursos, apoiando respostas mais ágeis na educação continuada, e iniciativas de mudanças na formação dos profissionais, bem como na sua fixação (BALTAZAR, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com a finalidade de reestruturar o processo de monitoramento da Atenção Primária no município de Jaboatão dos Guararapes, redefinindo os instrumentos de monitoramento e as atribuições nos diferentes níveis de gerenciamento (central, regional e local).

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar diagnóstico situacional da atenção primária, caracterizando aspectos relacionados à estrutura, processo e resultados da Estratégia Saúde da Família no município do Jaboatão dos Guararapes.
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a realização do monitoramento da atenção primária nas regionais de saúde no município do Jaboatão dos Guararapes.
- Elaborar instrumento de monitoramento da atenção primária e manual instrutivo contendo fluxos, rotinas e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento do município do Jaboatão dos Guararapes.
- Pactuar a diferenciação das ações realizadas pelos coordenadores e supervisores das regionais.

4 DIRETRIZES

Este projeto de intervenção se pauta em duas diretrizes:

- Fortalecimento da atenção primária por meio da descentralização das ações e do processo de territorialização.
- Reorientação do Modelo Técnico Assistencial de Saúde para favorecer a Atenção Integral.

5 PLANO OPERATIVO

O trabalho será implantado no município do Jaboatão dos Guararapes. O primeiro nome da cidade foi Jaboatão, que vem do indígena "Yapoatan", numa lembrança à árvore comum na região, usada para fabricar mastros e embarcações. A partir de 1989, passou a ser chamada de Jaboatão dos Guararapes, em homenagem ao local das batalhas históricas - os Montes Guararapes. É lá que está localizada uma das mais belas igrejas de Pernambuco, a de Nossa Senhora dos Prazeres, construída em 1565, e é a única igreja de Pernambuco, cuja fachada é revestida em azulejo - primeira igreja da América a ser dedicada ao culto de Nossa Senhora - onde todos os anos são realizadas uma das festas mais famosas, a Festa da Pitomba (fruta regional).

Está situado no litoral do Estado de Pernambuco. Tem extensão territorial de 256 quilômetros quadrados. Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (RMR). Jaboatão fica em uma posição estratégica, por estar situado entre o Porto de Suape, principal pólo de desenvolvimento do Estado, e o Recife. É cortado por importantes rodovias como as BR-101, BR-232 e a PE-007 e conta com infraestrutura metroviária.

O clima é quente e úmido, com chuvas predominantes de outono – inverno. A temperatura média anual é de 28 graus centígrados. O perfil do relevo, do litoral para o interior, é composto por uma Planície Costeira formada por depósitos fluviais e marinhos onde havia a restinga e hoje recebe a expansão do mercado imobiliário.

O litoral é composto pelas praias de Piedade, Candeias e Barra de Jangada, manguezais, restinga e a foz do Rio Jaboatão, que se lança diretamente no Oceano. Ao longo das praias há arrecifes aflorando e em alguns pontos se formam piscinas naturais, embora na maior parte da costa as formações sejam submersas.

A rede municipal de Assistência à saúde de Jaboatão dos Guararapes abrange, cinco policlínicas, quatro centros de reabilitação e fisioterapia, três unidades de pronto atendimento – UPA, um hospital Estadual, três hospitais conveniados, um serviço de abordagem e tratamento ao fumante, um serviço de Atenção Especializada – SAE, um Centro de Referência a Saúde da Criança e Adolescente - CRESCA, uma clínica conveniada, um centro de referência da Mulher, uma farmácia popular, dois Centros de Especialidades odontológica – CEO, um laboratório de análises clínicas, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma clínica de fisioterapia, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um laboratório

de saúde pública, além de oitenta e quatro equipes de Saúde da Família -ESF, cobrindo 52,2 % da população, 13 Unidades Básicas de Saúde, dezoito Equipe de Agentes Comunitários-EACS e sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município dispõe ainda de rede credenciada de outros serviços complementares como laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia, exames de radiologia e ultra-sonografia.

A primeira etapa do plano a ser desenvolvido será a realização de reuniões sistemáticas com os supervisores e a gerência da atenção primária do município, com o objetivo de apresentar o plano de intervenção, sensibilizar os profissionais quanto à importância do processo de monitoramento para aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde e elaborar diagnóstico situacional da atenção primária do município.

No segundo momento será realizado uma oficina com os supervisores e representantes das gerências de saúde com intuito de aprofundar os conceitos chaves do plano de intervenção, identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de monitoramento da atenção primária e criar a comissão de elaboração do instrumento de monitoramento e manual instrutivo contendo fluxos, rotinas e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento. Após isso a comissão ira se reunir para elaboração do instrumento de monitoramento da atenção primária e manual instrutivo.

Após a elaboração desses materiais teremos o papel do supervisor das regionais de saúde e instrumentos de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde proporcionando subsídios para esses profissionais desempenhar suas funções nas regionais de saúde e com suas atribuições definidas.

6 METAS / ESTRATÉGIAS

Criar um comitê técnico assessor de monitoramento e avaliação da atenção primária com representantes das gerências da secretaria de saúde, dos supervisores da atenção primária, profissionais das equipes de saúde e *experts* em monitoramento e avaliação em saúde para elaboração do marco lógico da atenção primária.

Estratégias

Atividades:

- Estabelecer parceria com instituição de reconhecida expertise na área de monitoramento e avaliação em saúde.
- Realizar reunião com gestor da saúde, representantes do núcleo gestor, gerência de atenção primária, supervisores da atenção primária e *experts* em monitoramento e avaliação para eleger integrantes do comitê técnico assessor.
- Publicar, em diário oficial, nomeação dos integrantes do comitê técnico assessor do monitoramento e avaliação da atenção primária.

Elaborar um marco lógico da atenção primária.

Estratégias

Atividades: Realizar reuniões técnicas para elaboração do marco lógico da atenção primária estruturada nos seguintes eixos:

- Discussão sobre o conceito da atenção primária, regionalização, territorialização das ações, monitoramento e avaliação, além da apresentação do diagnóstico situacional da atenção primária.
- Identificação dos atores relevantes para o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária
- Identificação das estratégias, indicadores, produtos, resultados, riscos e impactos do processo de monitoramento e avaliação da atenção primária

Realizar uma oficina coordenada pelo comitê técnico assessor e com a participação de representantes das equipes de saúde, supervisores da atenção primária, coordenadores das

regionais de saúde, e representantes das gerências para apresentação, discussão e revisão do marco lógico da atenção primária.

Estratégias

Atividades:

- Promover oficina de 16 horas para apresentação, discussão e revisão do marco lógico com a participação do comitê técnico assessor, representantes das equipes de saúde, supervisores da atenção primária, coordenadores das regionais de saúde, e representantes das gerências.
- Elaboração do relatório da oficina

Elaborar um instrumento de monitoramento e um manual instrutivo contendo fluxos, rotinas e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento da atenção primária no município do Jaboatão dos Guararapes.

Estratégias

Atividades:

- Reuniões com o comitê técnico assessor para elaboração do instrumento de monitoramento e manual instrutivo contendo fluxos, rotinas e atribuições de responsabilidades nos diferentes níveis de gerenciamento da atenção primária no município do Jaboatão dos Guararapes.
- Revisão e impressão do instrumento de monitoramento e manual instrutivo após apresentação ao núcleo gestor.

Elaborar e divulgar quatro relatórios trimestrais com matriz de acompanhamento dos produtos e resultados alcançados segundo regional de saúde.

Estratégias

Atividades:

- Consolidação dos dados gerados pelas equipes de saúde em nível segundo matriz de acompanhamento.
- Elaboração dos relatórios
- Divulgação dos relatórios para os níveis regionais e locais.

Realizar uma oficina de avaliação anual da atenção primária.

Estratégias**Atividades:**

- Promover oficina de avaliação de 8 horas com a participação do comitê técnico assessor, representantes das equipes de saúde, supervisores da atenção primária, coordenadores das regionais de saúde, e representantes das gerências.
- Elaborar e divulgar relatório da oficina de avaliação da atenção primária.

6 RESULTADOS ESPERADOS

- Comitê Técnico Assessor de monitoramento e avaliação da atenção primária instituído.
- Marco Lógico da atenção primária elaborado
- Oficina de revisão do Marco Lógica realizada
- Instrumento e manual instrutivo de monitoramento e avaliação da atenção primária elaborados, revisados e impressos
- Quatro relatórios trimestrais de acompanhamento da atenção primária
- Oficina de avaliação anual da atenção primária realizada
- Relatório da avaliação da atenção primária

8 ASPECTOS OPERACIONAIS

8.1 Cronograma

AÇÃO/ATIVIDADE	MESES																					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º
Criação do Comitê Técnico Assessor	x	x																				
Elaboração do Marco Lógico		x	x																			
Oficina de apresentação, discussão e revisão do Marco Lógico				x																		
Elaboração revisão e impressão do Instrumento de monitoramento e avaliação e manual instrutivo					x	x	x	x														
Consolidação da matriz de acompanhamento									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Elaboração e divulgação dos quatro relatórios trimestrais											x			x			x			x		
Oficina de avaliação da atenção primária																						x
Elaboração e divulgação do relatório da oficina de avaliação																						x

Fonte: Autora, 2012.

8.2 Recursos Humanos

A equipe envolvida para a construção do presente plano de intervenção será a Gerencia de Atenção Básica e os representantes de cada gerencia e os supervisores das regionais de Saúde.

8.3 Recursos de Materiais/Equipamentos e Orçamento

Material	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Papel ofício A4	10 (Resma)	10,00	100,00
Cartolina;	20	0,50	10,00
Lápis piloto preto, vermelho, azul	08 de cada	1,30	31,20
Transporte;	04	40,00	160,00
Lanche	04	50,00	200,00
Fita adesiva	04	3,00	12,00
Lápis grafite	10	0,30	30,00
Almoço	50	50,00	250,00
Cola;	08	1,00	8,00
Diária no hotel	01	200,00	200,00
contratação de consultoria em monitoramento e avaliação	01	30.000	30.000
edição e impressão de material gráfico	2000	1,30	2.600,00
Total		30.357,40	33.601,2

Fonte: Autora, 2012

8.4 Fonte de Financiamento

A fonte de financiamento do presente plano de intervenção será a Secretária Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes.

9 VIABILIDADE

Este plano de ação apresenta viabilidade política uma vez que esta proposta de intervenção teve a aprovação da secretaria municipal de saúde.

A viabilidade financeira será com recursos próprios do município tanto no espaço físico para as reuniões e oficina, como do material para realização dessas atividades.

Estarão envolvidos com este plano de intervenção as gerencias da secretaria de saúde e os supervisores de saúde das regionais.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção de reestruturação do processo de monitoramento e avaliação é uma proposta na perspectiva da melhoria da qualidade da atenção primária no município de Jaboatão dos Guararapes em consonância com o contexto nacional para implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade das ações e serviços de saúde ofertados à população. A qualidade da atenção primária é vista como uma estratégia prioritária e um dos grandes desafios do SUS e deve considerar os princípios de integralidade, universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

BALTAZAR, Rosane Terezinha. **1. PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família de POA - Nível de conhecimento, dos servidores estatutários, na implantação do Projeto nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Leste/Nordeste.** Porto Alegre, 2008. Dissertação (Especialização) - Curso de Pós-graduação Mba em Gestão Pública, Faculdade Ibgem, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sma/usu_doc/rosane_terezinha_baltazar._tcc.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **RAS**, São Paulo, v. 10, n. 41, p.159-163, out/dez, 2008. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2012.

BODSTEIN, Regina et al. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. , p.725-731, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676GM/MS de 03 de junho de 2003. **Publicada no DOU em 04 de junho de 2003.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde n.4, p. 36, out. 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>. Acesso em: 06/09/12

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676GM/MS de 03 de junho de 2003. **Publicada no DOU em 04 de junho de 2003.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde n.4, p. 36, out. 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>. Acesso em: 06/09/12

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em dez grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados.** 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 30/08/12

BRASIL. Portaria Nº 3.925, De 13 De Novembro De 1998, **Diário Oficial[da Republica Federativa do Brasil]**, Brasília: Ministério da Saúde, 1998 Disponível: <www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view>. Acesso em: 24/07/12

BRASIL. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, **Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil]**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 24/07/12.

BRASIL. Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, **Diário Oficial[da Republica Federativa do Brasil]**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 24/07/12

BRASIL. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica** Ministério da Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife,n.4, p. 449-459, out. / dez., 2004 Disponível em : <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/Fortalecimento_das_acoes_de_monitoramento_e_avaliacao_da_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 06/09/12

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação na Atenção Básica. **Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/avalia%E7%E3o%20na%20aten%E7%E3o%20basica%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 12//07/12

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 07/03/12

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Basica - AMQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-instrutivo-anexos-\[165-040412-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-instrutivo-anexos-[165-040412-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 20/07/12

CAMPBELL, S. M; ROLAND, M. O; BUETOW, S.A. **Defining quality of care**. Social Science & Medicine, Manchester, v.51, n.11, p. 1611-1625, dez, 2000. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11072882>. Acesso em: 12/09/12

CONTANDRIOPOULOS, Andre Pierre et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância no programa saúde da família, no estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1737-1745, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

CAZARIN, Gisele; POÇAS, Kátia Crestine; MENDES, Marina. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. **Revista Brasileira Saúde da Família**, São Paulo, Ano XII, n. 29, p.51-58, mai/ago. 2011.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4. n. 3, p.317-321, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

GIL, Antônio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez, 2006. Disponível em: <www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16852/9277>. Acesso em: 08 mar. 2012.

ISNTITUTO BRASIÇLEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_pernambuco.pdf>. Acesso em: 12/07/12

JABOATAO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2009**. Jaboatão dos Guararapes. 2009.

JABOATAO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2010a .

JABOATAO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família 2010-2013**. 2010b.

JABOATAO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2011**. Jaboaão dos Guararapes. 2011..

LADEIRA, Fernando. PMAQ - acesso e Qualidade! atenção básica ajusta foco em sua missão. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 29, p.31-37, mai/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/856.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

LAPREGA, Milton Roberto; SILVA, Anderson Soares da. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto,. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1821-1828,nov/dez.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n6/21.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e Saúde: a Declaração de Alma Ata e Movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, mai/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PAIM, Jaimilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London. (online), série, maio, 2011. Disponível em: <http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2001.pdf>. Acesso em: 20 ago, 2012.

PAIM, Jaimilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

PAIM, Jaimilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS: Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Iesus**, Bahia, v. 7, n. 2, p.1-22, 1998. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/Material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2012.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.47-55, jun. 2006. Disponível em:

<www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16847/9274>. Acesso em: 08 mar. 2012.

RIBEIRO, Fatima Aparecida. **Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. 325 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, USP, São Paulo, 2007. Disponível em:

<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde./fatimaapribeiro.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2012.

ROCHA, Eucenir Fredini; SOUZA, Ximenes de; BORTOLOZZO, Camila Cristina. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n.1, p.36-44, abr, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v22n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

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

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

VIANA, Ana Luiza D'ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

VICTORA, Cesar G et al. Condições de saúde e inovação nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**. London, maio, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf> Acesso: 20/06/12.

ANEXOS



**PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS
GUARARAPES**
SECRETARIA DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – GAPS
COORDENAÇÃO ESF/EACS

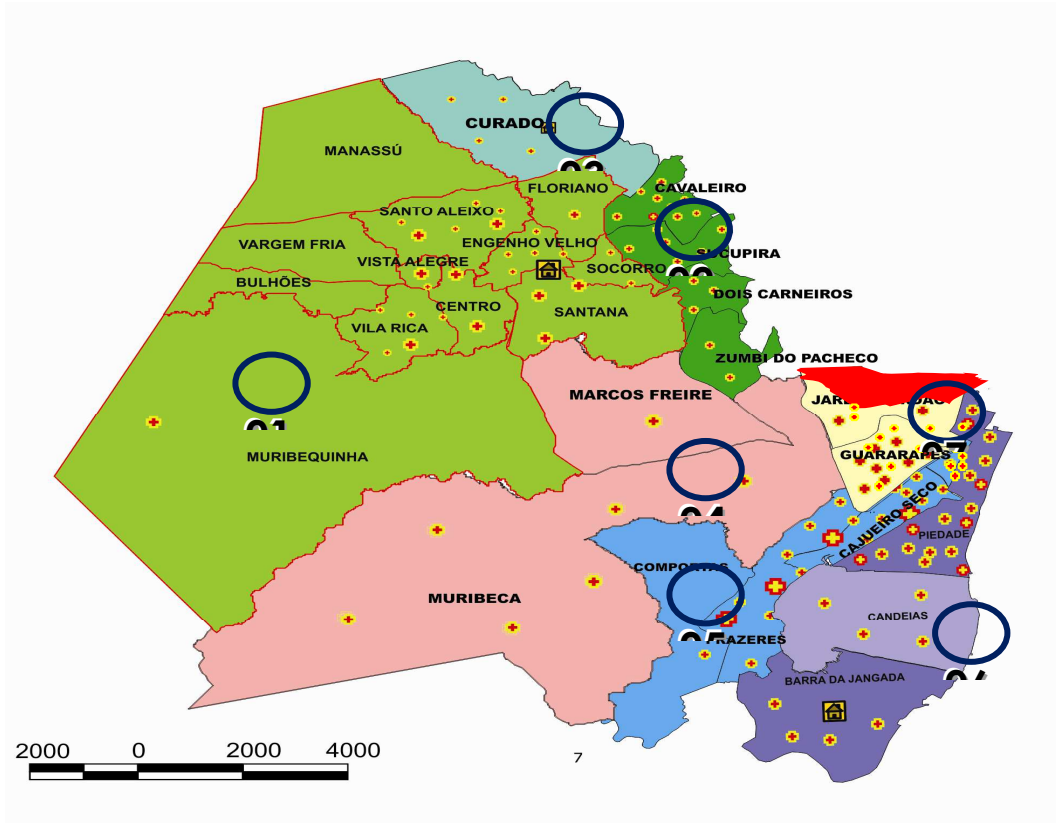
ANEXO I - COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2012

Percentual de Cobertura das ESF por Regional

REGIONAL	Nº DE ESF	POPULAÇÃO ESTIMADA	POPULAÇÃO CADASTRADA	% DE COBERTURA ESF
I	17	112.446 Hab.	67.114 Hab	59,7%
II	18	115.116 Hab.	67.782 Hab.	58,9%
III	07	46.449 Hab.	33.889 Hab.	73%
IV	06	48.496 Hab.	18.881 Hab.	38,9%
V	15	105.178 Hab.	60.758 Hab.	57,8%
VI	15	150.146 Hab.	65.441 Hab.	43,6%
VII	06	66.789 Hab.	22.456 Hab.	33,6%
Total	84	644.620 Hab.	336.321 Hab.	52,2%

Fonte: SESAU/GAPS-2012

**ANEXO 2 - Mapa Ilustrativo com a distribuição por Regional e por bairro do
Município de Jaboatão dos Guararapes**



<p>Área: 256,07 km²</p> <p>Pop total* (2010): 644.620 mil habitantes</p> <p>Crescimento anual: 2% a.a (2000-2007)</p> <p>PIB per Capita 2007: R\$ 8.384,00</p> <p>IDH (2000): 0,777 (5º de PE)</p>
--

Fonte: dados extraídos da Gerência de Planejamento/ IBGE – 2010

ANEXO 3 PLANO DE SUPERVISAO

PLANO DE SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Jaboatão dos Guararapes / 2010

**PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE SAÚDE**

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
Fátima Lopes

COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Bruna Lunara

PLANO DE SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. ROTEIRO DE SUPERVISÃO

Anexo I

2. CRONOGRAMA

Anexo II

3. MODELO DE RELATÓRIO DE VISITAS

Anexo III

4. ATRIBUIÇÕES DO SUPERVISOR

Anexo IV

5. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SUPERVISÃO

Anexo V

ROTEIRO DE SUPERVISÃO

ANEXO I

RECEPÇÃO

1- A ESF possui mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade do ACS.

Sim () Não ()

Observação:

2- Os prontuários estão organizados por núcleos familiares e por micro-áreas fortalecendo o modelo de atenção SF.

Sim () Não ()

Observação:

3- A SF possui registro de aspectos variados (demográficos, socioeconômicos, ambientais) de sua população.

Sim () Não ()

Observação:

4- O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e encontra-se atualizado e acessível À comunidade.

Sim () Não ()

Observação:

5- Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e de sua população?

Sim () Não ()

Observação:

6- A ESF organiza “painel de situação”, atualizada trimestralmente?

Sim () Não ()

Observação:

7- As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível?

Sim () Não ()

Observação:

8- Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social?

Sim () Não ()

Observação:

9- A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para recepção e espera com assentos compatíveis com a demanda esperada?

Sim () Não ()

Observação:

10- A USF possui mural informativo?

Sim () Não ()

Observação:

SALA DE VACINA

1- A geladeira é exclusiva para vacina com controle de temperatura para preservação dos imunobiológicos

Sim () Não ()

Observação:

2- Realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do PNI, durante todo o período de funcionamento da Unidade.

Sim () Não ()

Observação:

3- Área física da área de vacina:

3.1 – Parede clara, impermeável e fácil higienização

Sim () Não ()

Observação:

3.2 – Tamanho mínimo 6m²

Sim () Não ()

Observação:

4- A sala dispõe:**4.1 – Pia com torneira e bancada de fácil higienização****4.2 – Iluminação , arejamento adequado e proteção contra luz solar**Sim () Não ()

Observação:

5- A sala de vacina está em condições ideais de conservação, limpeza geral (paredes e teto) no mínimo a cada 15 dias?Sim () Não ()

Observação:

6- As seringas e agulhas estão acondicionadas adequadamente (em recipientes limpos e tampados)?Sim () Não ()

Observação:

6.1- As seringas e agulhas são suficientes para demanda?Sim () Não ()

Observação:

7- Impressos e materiais**7.1- A organização dos impressos e materiais estão adequados?**Sim () Não ()

Observação:

7.2- A USF Faz uso do cartão controle para adulto e criança?Sim () Não ()

Observação:

7.3 – Os cartões são organizados por data de retorno?Sim () Não ()

Observação:

8- Rede de frios:**8.1- A tomada é de uso exclusivo para a geladeira? Sim () Não ()**

Sim () Não ()

Observação:

8.2- A capacidade do refrigerados é igual ou superior à 280l?

Sim () Não ()

Observação:

8.3- O refrigerador está em bom estado de conservação, funcionamento e limpeza?

Sim () Não ()

Observação:

8.4 – O refrigerador está distante 20 cm da parede, de fonte de luz e calor?

Sim () Não ()

Observação:

9- No refrigerador:**9.1- Existe termômetro de máxima e mínima e cabo extensor no refrigerador?**

Sim () Não ()

Observação:

9.2- 1ª Prateleira: Vacinas submetidas às temperaturas negativas?

Sim () Não ()

2ª Prateleira: Vacinas não submetidas às temperaturas negativas?

Sim () Não ()

3ª Prateleira: Estoques de vacinas, soros e diluentes?

Sim () Não ()

Espaço interno com garrafas de água com corantes?

Sim () Não ()

9.3- O mapa diário de temperatura está afixado em local visível com leitura e registros corretos da temperatura no início e fim do dia?

Sim () Não ()

Observação:

10- O degelo e a limpeza do refrigerador é realizada a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5cm?

Sim () Não ()

Observação:

10.1- A temperatura recomendada encontra-se entre + 2°C à +8°C

Sim () Não ()

Observação:

10.2- A quantidade de bobinas e gelo reciclável é suficiente?

Sim () Não ()

Observação:

FARMÁCIA

1 - A USF fornece com regularidade e quantidade suficiente medicamentos básicos indicados no tratamento das: Parasitoses, anemias carências e por vitamínicos, doenças infecciosas (antibióticos), HAS e DM?

Sim () Não ()

Observação:

2- O local de armazenamento de medicamentos é seco, bem ventilados e protegidos contra incidência de luz?

Sim () Não ()

Observação:

3- A USF evita estocar os medicamentos juntos a parede e diretamente no chão?

Sim () Não ()

Observação:

4- As prateleiras são mantidas a uma certa distância da parede e teto?

Sim () Não ()

Observação:

5- Possui livro registro de estoque para controle ao final do mês?

Sim () Não ()

Observação:

6- A organização dos medicamentos e feito por ordem alfabética?

Sim () Não ()

Observação:

7- A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente insulina NPH indicada para o tratamento (DM)?

Sim () Não ()

Observação:

8- A USF possui geladeira para armazenamento adequado das insulinas?

Sim () Não ()

Observação:

9- A USF dispõe medicamentos inalatório para crise asmática estocada em local adequado?

Sim () Não ()

Observação:

10- A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolo locais, estocados em condições adequados?

Sim () Não ()

Observação:

PROCEDIMENTOS BÁSICOS / CURATIVOS

1- A USF possui ambientes adequados para a realização de curativos e observação dos pacientes?

Sim () Não ()

Observação:

2- A USF dispõe de equipamentos completo e instrumental para o desenvolvimento regular de suas tarefas?

Sim () Não ()

Observação:

3- Os tensiômetros e balanças são suficientes para USF?

Sim () Não ()

Observação:

4- A USF dispõe de glicosímetro e suprimento de fibras em quantidade suficiente?

Sim () Não ()

Observação:

5- A USF dispõe de insumos em quantidades suficientes para realização de curativos?

Sim () Não ()

Observação:

6- A sala de procedimentos / curativos possui todos os equipamentos essenciais para o funcionamento?

Sim () Não ()

Observação:

7- Dispõe de caixa de Perfuro Cortante?

Sim () Não ()

Observação:

CONSULTÓRIO ENFERMAGEM

1- O consultório do USF permite a privacidade visual e auditiva do atendimento?

Sim () Não ()

Observação:

2- O consultório contem no mínimo, biombo para troca de roupa?

Sim () Não ()

Observação:

3- O equipamento gineco/obstétricos são em número suficientes para o trabalho?

Sim () Não ()

Observação:

4- O consultório onde são realizados os exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo?

Sim () Não ()

Observação:

5- A enfermeira possui livros registro e controle de pré-natal, Citologia Oncótica, Puericultura, Planejamento auxiliar, hipertenso, diabético?

Sim () Não ()

Observação:

6- O consultório pia com torneira para lavagem das mãos? Sim () Não ()

Observação:

CONSULTÓRIO MÉDICO

1- O consultório do USF permite a privacidade visual e auditiva do atendimento?

Sim () Não ()

Observação:

2- O consultório pia com torneira para lavagem das mãos?

Sim () Não ()

Observação:

3- Possui registro nos BPA?

Sim () Não ()

Observação:

4- Possui o quantitativo de impressos necessário para o desenvolvimento dos serviços?

Sim () Não ()

Observação:

5- No consultório contém negastoscópio e otoscópio?

Sim () Não ()

Observação:

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

1- O consultório do USF permite a privacidade visual e auditiva dos atendimentos?

Sim () Não ()

Observação:

2- Dispõe de equipamento básico para o atendimento à população?

Sim () Não ()

Observação:

3- Dispõe de insumos e materiais para realização das atividades educativas com a população?

Sim () Não ()

Observação:

4- Dispõe de livros registro das atividades educativas e reuniões?

Sim () Não ()

Observação:

5- O gozo de férias do ASB e Odontólogos estão no mesmo período ?

Sim () Não ()

Observação:

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

1- O cadastramento das famílias é atualizadas mensalmente?

Sim () Não ()

Observação:

2- A Visita Domiciliar é uma atividade permanente de todos os membros da equipe?

Sim () Não ()

Observação:

3- A USF funciona todos os dias úteis, de 07h00 às 16h00?

Sim () Não ()

Observação:

4- A Equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento da população sobre o funcionamento da Unidade?

Sim () Não ()

Observação:

5- A ESF utiliza as informações do SIAB para planejar o trabalho?

Sim () Não ()

Observação:

6- A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção e solicitações de exames diagnósticos?

Sim () Não ()

Observação:

7- A ESF dedica um período da semana para reunião da Equipe e avaliação dos resultados encontrados?

Sim () Não ()

Observação:

8- Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo?

Sim () Não ()

Observação:

9- A USF dispõe de linha telefônica para marcação de consultas?

Sim () Não ()

Observação:

10- A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas?

Sim () Não ()

Observação:

11- A USF possui todos os impressos necessários em quantidade suficiente?

Sim () Não ()

Observação:

12- A produção mensal é entregue dentro do prazo?

Sim () Não ()

Observação:

INFRA-ESTRUTURA DA USF

1- Considerando a instalação física a USF possui em todos os seus ambientes condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde?

Sim () Não ()

Observação:

2- O número de consultórios é suficiente para atendimento concomitantemente?

Sim () Não ()

Observação:

3- A USF dispõe de espaço para realizar reuniões de Equipes e Atividades educativas?

Sim () Não ()

Observação:

4- A USF está equipada para atender pessoas com necessidades especiais: Rampas, corrimão, cadeiras de rodas?

Sim () Não ()

Observação:

5- A USF possui todos os ambientes com identificação?

Sim () Não ()

Observação:

CRONOGRAMA ANEXO II

ANEXO II
CRONOGRAMA – REGIONAL I

17 ESF + 01 UBS = 18 + 04 PACS

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte: SESAU/GAPS- 2010

ANEXO II
CRONOGRAMA – REGIONAL II

17 ESF + 03 UBS = 20 + 03 PACS

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte: SESAU/GAPS- 2010

ANEXO II

CRONOGRAMA – REGIONAL III**6 ESF = 06 + 02 PACS**

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte:SESAU/GAPS- 2010

ANEXO II**CRONOGRAMA – REGIONAL IV**

06 ESF + 03 UBS = 09 + 01 PACS

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte: SESAU/GAPS- 2010

ANEXO II
CRONOGRAMA – REGIONAL V

19 ESF + 01 UBS = 20 + 05 PACS

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte:SESAU/GAPS- 2010

ANEXO II
CRONOGRAMA – REGIONAL VI

13 ESF + 04 UBS = 17 + 02 PACS

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira

Fonte:SESAU/GAPS- 2010

**MODELO DE RELATÓRIO DE
VISITAS
ANEXO III**

MODELO DE RELATÓRIO DE VISITAS

UNIDADE DE SAÚDE: _____
REGIONAL: _____

1º) Número de Unidades de Saúde, visitadas com as respectivas datas:

2º) Problemas mais identificados por Unidades visitadas:

3º) Encaminhamentos e providências:

4º) Recomendações à ESF

Nome do Supervisionado / Data

Nome do Supervisor / Data

ATRIBUIÇÕES DO SUPERVISOR ANEXO IV

ATRIBUIÇÕES BÁSICAS DOS SUPERVISORES DAS REGIONAIS

- **Receber, Conferir, analisar e entregar as Equipes de Saúde da Família (ESF), todos os documentos enviados por esta coordenação em tempo hábil;**
- **Prestar assessoria Técnica a ESF;**
- **Realizar mensalmente da Reunião das ESF;**
- **Realizar visitas semanalmente as UBS's e PSF's;**
- **Contribuir no gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento das USF's;**
- **Participar do processo de territorialização das USF's;**
- **Emitir mensalmente relatório de todas as atividades desenvolvidas sob sua supervisão;**
- **Emitir relatório circunstanciado de qualquer ocorrência envolvendo os trabalhadores das UBS's; (em formato de CI);**
- **Controlar da frequência de todos os trabalhadores das UBS's;**
- **Discutir sala de situação/Indicadores (SIAB) nas reuniões mensais, através de planilha comparativa trimestralmente;**
- **Participar quinzenalmente das reuniões da Coordenação ESF/ EACS.**

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SUPERVISÃO ANEXO V

1 – SUPERVISOR DA REGIONAL I

Rosângela Firmo de Lira

2 – SUPERVISOR DA REGIONAL II

Maricélia Tavares Borges

3 – SUPERVISOR DA REGIONAL III

Andriane Gusmão

4 – SUPERVISOR DA REGIONAL IV

Sigrid Luise Guiselen

5 – SUPERVISOR DA REGIONAL V

Célia Adriane Pessoa

6 – SUPERVISOR DA REGIONAL VI

Evânia Maria dos Santos



**PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS
GUARARAPES**
SECRETARIA DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – GAPS
COORDENAÇÃO ESF/EACS

**ANEXO 4 - LEVANTAMENTO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DOS SUPERVISORES DAS
REGIONAIS DE SAÚDE**

REGIONAIS	Atribuições nas regionais de saúde	Atribuições do supervisor	Indicadores de saúde que monitora	Deveria fazer e não faz	Roteiro de supervisor ao	Media de visitas
I	<ul style="list-style-type: none"> -Visita nas unidades - Somatório dos consolidados de saúde da mulher , criança - Monitoramento de citologia - Pedidos de almoxarifado e material - COMUNICADO INTERNO (CI) - Monitoramento SSA2 E PMA2 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita as unidades - Monitoramento de citologia, PMA2 e SSA2 	SIAB PMAQ	Monitorar melhor os indicadores Reunião com as equipes para planejamento das ações de saúde	Sim	02
II	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhos administrativos -Supervisão das ESF/EACS e UBS -Supervisão do NASF -Apoio a policlínica e centro de reabilitação - Responder pelas unidades que são referencia do PMAQ 	-Supervisão das ESF/EACS e UBS	- SIAB - PMAQ - CITOLOGIA ONCOTICA	-Supervisão diária -Monitoramento frequente dos indicadores -Relatório mensal de supervisão	Não	06

III	<ul style="list-style-type: none"> - conhecer o território e suas dificuldades - cuidar dos recursos humanos e administrativos - elaborar planos de ação junto a coordenação para melhorar os indicadores - fazer o levantamento de materiais e insumos para as unidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão das ESF/EACS e UBS - Avaliar os indicadores - Enviar pedidos de insumo e materiais para as equipes - Participar das reuniões com as equipes e com o núcleo gestor - Levantamento de dados das equipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores demográficos -Indicadores de mortalidade e morbidade - Fatores de risco baseados nos sistemas de informações : SIAB, SAI, SISVAN E PMAQ 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento anual das atividades das equipes de saúde e NASF -Colaborar com maior intensidade das reuniões e ações das equipes de saúde -Monitorar de forma precisa os indicadores de saúde - Elaborar planos para melhorar os indicadores de saúde 	Sim	04
IV	<ul style="list-style-type: none"> - supervisionar o NASF -monitoramento do PMAQ - Organização de campanhas - Supervisão USF e UBS - atender a solicitação dos programas da secretaria de saúde - solicitação de transporte - monitoramento de alguns indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão das ESF/EACS e UBS -Monitoramento de alguns indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> -PMAQ -CITOLOGIA ONCOTICA -Produção ambulatorial -vacina 	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisão diária -Controle maior sobre os profissionais com relação ao compromisso com a unidade 	Não	12
V	<ul style="list-style-type: none"> - resolver coisas de ordem interpessoais relacionadas a documentação do servidor - planejamento das ações que viabilizem a melhoria da assistência aos usuários - resposta as demandas espontâneas 	<ul style="list-style-type: none"> - observar o dimensionamento de pessoal, a frequência, remanejar profissionais - observar o abastecimento de 	<ul style="list-style-type: none"> PMAQ CITOLOGIA ONCOTICA Doenças negligenciais Hiperdia 	Educação continuada	Não	30

	<p>- estratégicas de ações que viabilizem as ações da prefeitura</p> <p>- pleitear melhorias as unidades de saúde</p>	<p>materiais medico-hospitalar, medicamentos e almoxarifado</p> <p>- acompanhar os indicadores de saúde participar das reuniões mensais</p>				
VI	<p>Resolver questões de recursos humanos: férias, Licenças, faltas realizar CI</p> <p>Supervisão USF, PACS, NASF e UBS</p> <p>Monitoramento inadequado : PMAQ, PSE, citologia oncótica, SSA2 e PMA2</p> <p>Responder a ouvidoria destinadas as unidades</p> <p>Realizar reuniões mensais com os gerentes das unidades</p> <p>Respostas a demandas espontâneas : levantamento de dados, Organizar e participar de eventos nas comunidades</p> <p>Participar de reuniões com a coordenação ESF/ EACS e as demais gerencias</p> <p>Agendamento de transporte</p> <p>Monitorar e orientar o remapeamento das áreas USF e PACS</p>	<p>Monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, PMAQ, PSE</p> <p>Supervisão das ESF/EACS e UBS</p> <p>Resolver as demandas oriundas das unidades básicas de saúde</p>	<p>Monitoramento e avaliação inadequada de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMAQ • CITOLOGIA ONCOTICA • Produção ambulatorial • vacina 	<p>Supervisão diária</p> <p>Monitoramento e avaliação das ações de saúde</p> <p>Planejar ações de impacto na regional</p> <p>MONITORAR E AVALIAR OS INDICADORES DE SAUDE</p>	Sim	05

VII	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão USF, PACS, NASF - Organizar e participar de eventos nas comunidades - Despacho de documentos - Recebimento , avaliação e envio dos pontos ESF/EACS/ POLICLINICAS - Recebimento e avaliação dos relatórios mensais (SSA2 E PMA2) - Monitoramento e Avaliação de : criança de risco, planilha de nascidos vivos, cronograma das atividades dos profissionais, citologia oncótica, PMAQ - Organização junto a ESF das unidades em reforma - Reunião mensal com enfermeira e NASF - Acompanhamento e monitoramento das unidades que irão inaugurar - Supervisão das campanhas de vacina Articulação das demandas da secretaria de saúde 	-Ações voltadas para ESF/EACS	<ul style="list-style-type: none"> -SISPRENATAL -Citologia Oncótica -Puericultura -Criança de risco -HAS/DM -TB/ HAN -PMAQ -SAI -SIAB 	Avaliação e monitoramento dos indicadores com qualidade	Não	20
-----	--	-------------------------------	--	---	-----	----

Fonte: SESAU/GAPS- 2012