

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

GILBERTO GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
O CASO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
SUL – RS, 2006.**

Itajaí (SC)

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GILBERTO GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
O CASO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
SUL – RS, 2006.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de concentração em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Estima Marasciulo

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí (SC)

2009

GONÇALVES, G. Avaliação do Sistema de Referência e Contra-referência em Equipes de Saúde da Família (ESFs): o caso da doença hipertensiva no município de Santa Cruz do Sul – RS(2006). 2008 67 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

RESUMO

Os sistemas de referência e contra-referência consistem em um conjunto de ações que possibilitam garantir o acesso de pacientes/usuários do Sistema Único de Saúde a procedimentos e atendimentos de complexidade crescente com subsequente retorno dos mesmos às suas unidades de saúde de origem. O presente estudo avaliou este processo nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) no município de Santa Cruz do Sul, RS. Como evento traçador foram utilizadas as internações hospitalares relacionadas à hipertensão no ano de 2006. Com informações obtidas em relatórios de autorizações de internações hospitalares do município, em mapas das áreas adscritas às ESFs, em análises de prontuários dos pacientes, em entrevistas com os agentes comunitários de saúde (ACS) e com a aplicação de instrumentos da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Saúde da Família (AMQ), foi possível a criação de cenários para, em grupos de discussão, fundamentar a análise e formular síntese propositiva para aprimorar o sistema de referência e contra-referência local. Ocorreram 811 internações por agravos relacionados à hipertensão arterial, sendo 24,42% entre pacientes procedentes de áreas de ESFs num município cuja cobertura era de 26,24%. A análise dos prontuários e das entrevistas com os ACS permitiu verificar que em apenas 10% das internações houve registro de ações características do sistema de referência e contra-referência. A síntese propositiva realizada com todas as ESFs do município identificou sugestões de ações que visam atingir os seguintes objetivos: sensibilização dos profissionais sobre a importância da contra-referência e pagamento dos prestadores vinculados a ela; sensibilização dos usuários para exigí-la; comunicação entre os serviços através de informatização e reuniões entre ESFs, especialistas e hospitais e, monitoramento da implementação destas metas. Conclui-se que o sistema atual desperdiça possíveis vantagens da estratégia de saúde da família como acompanhamento e vínculo dos usuários sem melhoria de indicadores de saúde embora tenha altos custos com especialistas e sistema hospitalar.

Palavras-chave: Integralidade. Referência e Contra-Referência. Estratégia Saúde da Família.

Gonçalves, G. **Evaluation of reference systems involving Family Health teams: the case of hypertension in the town of Santa Cruz do Sul, Brazil (2006)**, Dissertation Master's Degree in Health and Management of Work – Master's Degree Program in Health and Management of Work, University of Vale do Itajaí, Itajaí. 2008. 67 f.

ABSTRACT

A reference system for patients/users of the Brazilian Unified Health System (SUS) consists of a series of actions in order to guarantee the access to procedures and services of higher complexity with subsequent return to their original local health services. This study evaluates the Family Health teams in the city of Santa Cruz do Sul, State of Rio Grande do Sul, Brazil. It was used the hospital admissions related to hypertension in 2006 as tracer event. Through informations obtained in hospital admissions authorizations reports, in detailed maps of the areas where family health teams are located, in analyses of the patient's medical records, interviews with the community health agents and by application of standardized health system evaluation questionnaires, it was created a setting for data analysis and synthesis proposals in order to enhance the present local system. During 2006 it occurred 811 hospital admissions related to hypertension, which 24.42% among patients from areas of family health teams. The analysis of the patients records and of the interviews with their local health agents yielded that in barely 10% of cases there were characteristic actions of a comprehensive health care system. The proposal synthesis carried out with all the family health staff members raised actions aiming to reach the following goals: explanation to the medical professionals working in the system about the importance of the reference system and the possibility to link their payments with this procedure; empowering patients about the importance of such procedures; enhancement of communication among different health services, and promotion of meetings between family health specialists and hospitals. The study concludes that the local health system wastes possible advantages of the strategy of Family Health leading not to improvements of health indicators although having high costs with specialists and hospital system.

Key-words: Comprehensive Health Care; Coordination of Health services; Family Health Teams

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Objetivos.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3. METODOLOGIA.....	25
3.1 Delineamento da pesquisa	26
4 RESULTADOS	30
4.1 Caracterização do município	30
4.2 Interações relacionadas à doença hipertensiva	30
4.3 Avaliação AMQ nas ESFs	32
4.4 Pesquisa nos prontuários	34
4.5 Análise das entrevistas realizadas.....	36
4.6 Reunião com as ESFs para elaboração de síntese propositiva	40
4.6.1 Síntese propositiva.....	41
5. DISCUSSÕES	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	51
ANEXOS	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados de acordo com NOVAES	15
Quadro 2 - Procedimentos relacionados à doença hipertensiva selecionados para a pesquisa	26
Quadro 3 - Avaliação pelo Instrumento 3 do AMQ – Unidade Saúde da Família.....	33
Quadro 4 - Avaliação pelo Instrumento 4 do AMQ – Consolidação do Modelo de Atenção.....	34
Quadro 5 - Avaliação pelo Instrumento 5 – Aqui apenas os itens relacionados à doença hipertensiva foram pesquisados.....	34
Quadro 6 - Resumo da pesquisa dos prontuários e discussão com os Agentes Comunitários de Saúde	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das internações por procedimentos relacionados com a doença hipertensiva no município de Santa Cruz do Sul, ano de 2006.....	31
Tabela 2 - Pacientes internados em relação às ESFs no município de Santa Cruz do Sul, ano de 2006.....	32
Tabela 3 - Pacientes internados em relação às suas ESFs de origem.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CISVALE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Pardo
DATASUS	Departamento de Informações em Saúde do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QA	Qualidade Avançada
QB	Qualidade Boa
QC	Qualidade Consolidado
QD	Qualidade Desenvolvimento
QE	Qualidade Elementar
RN	Recém Nascido
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

A implementação do SUS, com obediência aos princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade bem como suas diretrizes tem se constituído em um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A busca por um modelo assistencial que atenda estes princípios básicos induz a implantação de estratégias centradas na atenção primária de saúde. Com este objetivo, foram criados programas de saúde centrados nas famílias procurando intervir no enfrentamento dos problemas de saúde da população num esforço de dar respostas positivas a necessidades concretas e visando a melhoria da sua qualidade de vida. Inicialmente foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a partir de 1991 e posteriormente com a inclusão de médicos em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2006, a política de saúde norteadora destes programas passou a ser Estratégia de Saúde da Família, agora como componente da Política Nacional de Atenção Básica e não mais apenas como um programa de saúde (PORTARIA 648 SAS/MS, 2006).

Originalmente, as unidades de PSFs contavam com uma equipe formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Posteriormente foram incorporados outros profissionais de saúde visando ampliar o enfoque multidisciplinar que a estratégia tem como meta assegurar. Essa ampliação começou em 2001 com a inclusão dos dentistas através da política de Saúde Bucal. Posteriormente, vem sendo incluídos nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais de saúde conforme o interesse dos municípios ou através da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além do aumento da capacidade de ação proporcionada por estes diferentes profissionais em suas áreas de atuação, o seu trabalho em equipe propicia o surgimento de práticas e saberes que permitem viabilizar o exercício de um dos princípios básicos do SUS que é a integralidade. É também para concretizar este princípio que existe o sistema de referência e contra-referência propiciando que os usuários do SUS possam acessar serviços de complexidade superior quando houver esta necessidade.

No caso da doença hipertensiva e suas consequências os encaminhamentos esperados são: ao cardiologista para os casos em que o médico da equipe assim o recomenda; para realização de exames não disponíveis em nível de atenção primária; internações hospitalares (procedimentos considerados de média complexidade) e, procedimentos de alta complexidade como, por exemplo, hemodinâmica.

Existem estudos que demonstram uma diminuição de internações hospitalares evitáveis de pacientes por condições sensíveis à atenção ambulatorial, ainda que estatisticamente não significativas, com o aumento da cobertura por PSF em municípios de Santa Catarina, comparando dados de 2001 e 2004. (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Em estudo realizado com usuários e profissionais de PSF em municípios na Bahia observou-se que o sistema de referência e contra-referência funciona de modo informal, valendo-se, algumas vezes, de contatos pessoais dos membros das equipes com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade. (BOMFIM *et al.*, 2002). Conill (2002 e 2004) em outro estudo realizado em Florianópolis - SC, observou que foi possível verificar que o PSF evoluiu de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade. Entretanto, a autora detectou nas dificuldades da referência um nó crítico. Havendo problemas na referência para especialidades, a continuidade tornava-se também difícil, e a qualidade prejudicada como um todo. Refere que avaliar conjuntamente o acesso e a integralidade exige esforços suplementares em sua operacionalização com escolha de informações que sejam viáveis de serem coletadas, válidas, mas não numerosas.

A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país ainda hoje. Dessa forma, a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável, mas, sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos. (BODSTEIN, R., 2002)

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), o conceito de integralidade remete,

obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos. A concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação. A incerteza é permanente, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação. O foco tem privilegiado a análise da coordenação em nível corporativo e hospitalar, em cuidados a grupos específicos (redes de atenção perinatal, AIDS, saúde mental etc.) e com pouca ênfase na atenção ambulatorial ou domiciliar e na trajetória dos pacientes no *continuum* dos cuidados para doenças.

Segundo Elias e Magajewski (2008), a partir do monitoramento das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial é possível avaliar o impacto da atenção primária sobre a saúde da população. Chamou atenção dos autores a tendência de aumento das internações por AVC na população atendida pelo PSF. Os resultados apresentados, a par de comprovar o avanço ocorrido na última década, constata o caráter precário das mudanças ocorridas desde o início da implementação do PSF, especialmente quando se constata a indefinição das políticas relacionadas com o processo de trabalho e a insuficiente qualificação das equipes de saúde da família. Para reforçar esta afirmação, na região pesquisada, apenas 14% das equipes consideradas adequadas receberam capacitação através de Curso Introdutório, menos da metade dos médicos das equipes de PSF (45%) cumprem a jornada de 40 horas semanais e mais de 25% das equipes se modificam em tempo menor do que doze meses. Além disso, se verifica no caso da doença hipertensiva que a falta de equipamentos e medicamentos essenciais é uma constante. Os obstáculos encontrados para a referência e contra referência aos serviços dos níveis secundários e terciários são relevantes e o resultado é o aumento de enfermidades que por falta de diagnóstico e controle oportunos, agravam e têm sua atenção adequada apenas no nível hospitalar.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada prioridade em Saúde Pública, face à sua alta prevalência, ao prejuízo à qualidade de vida de seus portadores e os elevados

custos ao sistema de saúde. No Brasil, estima-se que 35% da população acima de 40 anos de idade sofra de HAS. Entre esses, estima-se que 75% dependem do SUS. No ano de 2000, 27% do total de óbitos registrados no SUS foram por doenças cardiovasculares. Elas foram responsáveis por 1.150.000 internações hospitalares a um custo estimado de 475 milhões de reais naquele ano sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade que ocorrem durante o período de internação nem os que são necessários após a alta hospitalar. (HIPERDIA, 2006).

No programa Hiperdia (2006) do Ministério da Saúde, em sua página de apresentação encontramos a seguinte consideração:

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde, são elementos imprescindíveis para o sucesso no controle desses agravos reduzindo as internações hospitalares e a mortalidade.

Este documento considera que a potencialidade e a possibilidade de sucesso para o programa de controle da HAS centra-se no bom trabalho das ESFs, seguidas pelas demais áreas de atenção à saúde.

Portanto, considerando os aspectos de magnitude, transcendência e factibilidade de ação de controle que fazem da HAS uma prioridade em Saúde Pública, associada às questões inerentes à integralidade das ações de saúde, esta pesquisa pretende explorar o funcionamento do sistema de referência e contra-referência para os usuários das ESFs, no município de Santa Cruz do Sul. Serão utilizadas as informações sobre as internações hospitalares por procedimentos relacionados à doença hipertensiva como aproximação (“proxy”) dos problemas de saúde que demandam a atenção básica no SUS.

Parte-se do princípio de que a organização de um sistema coordenado de referência e contra-referência é um dos passos importantes para atingir este objetivo, junto com outras ações como a busca de novos casos conforme a prevalência local na área adscrita, uma adequada política de medicamentos e outras ações previstas neste programa.

Finalmente, acredita-se que o estudo do desempenho das equipes ao avaliar participativamente sua performance, torne possível promover melhorias e avanços nos

resultados e impactos de suas ações, empoderando essas equipes para proposições, execuções e planificações mais efetivas de suas ações no SUS.

1.1 Objetivos

Geral:

Avaliar o sistema de referência e contra-referência enquanto processo nas ESFs a partir dos portadores de doença hipertensiva em sua área adscrita no município de Santa Cruz do Sul, RS.

Específicos:

- Analisar as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) de agravos relacionados com Hipertensão Arterial Sistêmica para o município de Santa Cruz do sul, RS, no período de 1º. de janeiro a 31 de dezembro de 2006.
- Identificar, em conjunto com os trabalhadores das ESFs a seleção e a criação de metas que possam ser atingidas e monitoradas para aperfeiçoar o sistema de referencia e contra-referencia nas ESFs .
- Fornecer subsídios para a discussão de práticas de referência e contra-referência nas diversas patologias atendidas pelas ESFs, a partir desta avaliação na atenção à HAS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação em saúde é um processo crítico- reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um processo de natureza técnica, embora esta dimensão esteja presente. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Na busca para a criação de uma prática avaliativa nos serviços de saúde não devemos deixar de considerar os três princípios básicos apontados por Conill (2006): a parcimônia, o diálogo e a continuidade. Como parcimônia, a autora alerta para a seleção de indicadores válidos e viáveis, em consenso com a equipe de trabalho, como a arma principal. No diálogo, cita a orientação para

a escolha de estratégias educacionais que facilitarão o ensino aprendido entre as equipes de trabalho, as instituições de ensino e os gestores da saúde. Finalmente, a garantia da sustentabilidade vem com a continuidade só possível com a aceitação dos profissionais que venham a legitimar a proposta.

Segundo Schraiber (1999) na avaliação de processos de trabalho se encontra o espaço para a re-criação de todo saber por que é no ato do trabalho que se exercita o concurso de dois saberes da ciência e do trabalho, o saber operante (técnico) e o saber prático.

Para Novaes (2000), por considerar avaliação em saúde uma área ainda em construção conceitual e metodológica, devemos seguir critérios considerados mais significativos selecionados e discutidos em reuniões científicas. Esses critérios, que procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação, são os seguintes:

- *Objetivo da avaliação*: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).
- *Posição do avaliador*: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- *Enfoque priorizado*: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.
- *Metodologia predominante*: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase-experimental.
- *Contexto da avaliação*: controlado ou natural.
- *Forma de utilização da informação produzida*: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.
- *Tipo de juízo formulado*: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- *Temporalidade da avaliação*: pontual, corrente, contínua.

Esta autora caracteriza estes critérios no quadro abaixo:

Quadro 1 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Critérios	Investigação avaliatória	Avaliação para decisão	Avaliação para Gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de Decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ Compreensão	Caracterização/ Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo)	Qualitativo e quantitativo	Quantitativo e qualitativo
Contexto	experimental/quasi	situacional	situacional
Utilização da informação	experimental Controlado	Natural	Natural
Juízo formulado em relação à	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

A avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente.

O roteiro do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) do U.S. Department of Health & Human Services afirma que uma avaliação baseada em evidências científicas deve responder as seguintes questões: 1) O que será avaliado? (Isto é, que programa e em que contexto ele está inserido); 2) Que aspectos do programa serão considerados a fim de julgar a sua performance? 3) Que padrões ou metas devem ser atingidos para o programa ser considerado de sucesso? 4) Que evidências serão usadas para indicar como o programa está se desenvolvendo? 5) Que conclusões relativas ao desempenho do programa são justificadas pela

comparação das evidências encontradas com os padrões selecionados? 6) Como serão utilizadas as lições aprendidas pelo relatório para melhorar a eficiência da saúde pública? (MMWR, 1999).

A AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) – (MS/SAS/DAB 2005) é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde para avaliação da Estratégia da Saúde da Família. Consiste em uma auto-avaliação orientada por questionários dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas na estratégia de Saúde da Família. Possibilita a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos assim como das potencialidades e pontos consolidados. Orienta, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados, de maneira estratégica.

Tem como diretrizes: a) ser um processo auto-avaliativo e de livre adesão pelos gestores municipais, que deverão sensibilizar e mobilizar coordenadores e equipes a participarem; b) ausência de incentivos (premiações) ou sanções (punições) financeiras ou outras relacionadas aos resultados; c) ter aplicativo digital para alimentação de banco de dados pela internet e, d) garantir sigilo de informações individuais. Busca possibilitar o incremento da qualidade de maneira processual, tendo início com as condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos de trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida.

Propõe o conceito de estágios de qualidade associado a padrões de níveis incrementais conforme aumenta o percentual do cumprimento dos modelos ideais de acordo com os princípios do SUS. Este documento técnico possui instrumentos já validados para fundamentar pesquisas quali-quantitativas que possam ser desenvolvidas considerando-se o elemento processo no modelo proposto por Donabedian (1988) que considera avaliação em sistemas nos elementos de estrutura, de processo e de resultado.

Segundo Lobato (2008) um sistema de saúde não funciona necessariamente, de forma ordenada. O fato de seus componentes se relacionarem não quer dizer que esse processo seja organizado, nem que todos sempre cumpram objetivos similares. O ambiente dos sistemas é muito mais caótico que ordeiro, e mais conflituoso que consensual. Por isso, os sistemas são complexos e estão em constante mudança. Estes sistemas representam um

vigoroso setor de atividade econômica, mobilizam vultuosas somas financeiras, envolvem os produtores de insumos e de serviços e geram grande número de empregos. É também uma importante arena política de disputa de poder e recursos, na qual ocorrem conflitos distributivos de dinheiro, prestígio e empregos envolvendo inúmeros atores sociais: profissionais, partidos políticos, movimentos sociais sindicatos, representações de empresários grupos de interesse etc. Para a autora a habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (medicamentos, tecnologias, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência a garantia de cobertura ampliada e o controle de gastos. Esta autora define um sistema de saúde como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. Tal sistema se viabiliza através da gestão e da regulação. Gestão para a autora é a função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Traçar as diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços estruturar a rede e serviços em seus distintos níveis dimensionar a oferta controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas porque é deles a função de relacionamento com os prestadores sejam instituições públicas profissionais ou empresas. A regulação diz respeito ao conjunto de mecanismos legais e normativos que conduzem a relação entre os componentes dos sistemas de saúde. Embora sejam os governos os principais agentes de regulação os mercados os profissionais e os prestadores possuem também mecanismos próprios de regulação que nem sempre se coadunam com aqueles estabelecidos pelos entes governamentais.

Campos (2003) afirma que o SUS herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral. Em que pese o grande número de centros e postos de saúde em nosso país, estes sofreram com as restrições orçamentárias, as soluções de continuidade na reposição de recursos humanos e sempre estiveram em segundo plano diante da rede hospitalar. O país dispõe de uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída, segundo as regiões. Se bem que tardiamente a Norma Operacional Básica-96 permitiu que sistemas locais de saúde passassem a dispor de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Este mesmo autor refere que em relação à garantia do acesso do indivíduo aos níveis de atenção, primário, secundário e terciário induz à idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de

especialização, levando à idéia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Afirmar ser isto um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a tender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade.

Segundo STARFIELD (2002) a atenção integral, meio de melhorar o fluxo de informações entre o médico da atenção primária e outros especialistas (que necessita uma rede ou um sistema de referência e contra-referência), é um dos componentes principais do que a autora chama de “coordenação da atenção à saúde”. Segundo esta autora, percebe-se que o desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção entre diferentes níveis e diferentes locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base vinda do primeiro atendimento do paciente o que resulta muitas vezes ficarem desconectados podendo até prejudicar a utilidade dos encaminhamentos. Para a autora “o papel especial do profissional da atenção primária é moderar a tendência em relação à dominância na tomada de decisões do paciente, e evitar duplicação desnecessária de exames e procedimentos” (STARFIELD, 2002).

Em pesquisa com médicos generalistas britânicos, Coulter *et al.* (1989), observou que os encaminhamentos foram buscados para: tratamentos específicos ou procedimentos cirúrgicos (36%); investigação de diagnósticos específicos (35%), aconselhamento sobre o manejo (15%), confirmação para generalistas ou pacientes (4%) e transferência de longa duração da responsabilidade da atenção primária para a atenção especializada (10%) deduzindo-se que a grande maioria dos encaminhamentos é para consultoria e atendimento de curta duração, sendo esperado que o paciente volte diretamente para a atenção primária. Esta é uma das razões para a elaboração de diretrizes formais em diversos países. No Brasil, o Ministério da Saúde tem publicado os Cadernos da Atenção Básica (2006) onde estabelece diretrizes que visam apoiar os médicos de atenção primária na tomada de decisão de quando é adequado encaminhar; quais exames e procedimentos são adequados para realização antes do

encaminhamento; quais exames inadequados para realização, porque podem ser desnecessários; e quais informações são importantes para fornecer aos outros especialistas.

Para Solla e Chioro (2008) a lógica de organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área. Uma rede assim organizada favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares. O campo da atenção especializada deve ser como parte de um sistema de cuidados integrais, com o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumir a responsabilidade pelos usuários cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado numa proposta de inverter a lógica dominante nos serviços especializados. Este processo favorece a modificação da escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços. Na atenção básica, a maior parte das ações e dos procedimentos a serem realizados é destinada à maioria dos usuários durante quase todo o tempo e de forma mais extensiva. Na atenção especializada, a população-alvo a cada momento é circunscrita a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta naquele instante a necessidade e cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos. Para viabilizar a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado é necessária uma boa articulação de um conjunto de redes de atenção colocado sob uma mesma gestão. Esta integração precisa se dar a partir da atenção básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema ordenando a necessidade de fluxos e contra-fluxos, referencias e contra-referencias pelo sistema. Entre as principais vantagens esperadas por esta integração, estão a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema. Em determinados municípios e regiões, a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados, principalmente os de natureza hospitalar. A contratação destes serviços pelo SUS tende a dar agilidade e ampliar a resolutividade para os usuários que conseguem ter acesso. Observa-se, entretanto, algumas distorções importantes em serviços ambulatoriais ofertados em

estabelecimentos privados, em particular quando não estão sujeitos a mecanismos de regulação e controle. Por exemplo, a seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem-remunerados na tabela do SUS, o excesso de pedidos de consultas com outros especialistas e de exames complementares ou a utilização destes serviços para a realização de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras. A média complexidade vem sendo compreendida no âmbito do SUS tão somente como locus de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS. Ela tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade. No Brasil, constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS. Em geral, os serviços de média complexidade caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência. Para os autores a atenção especializada é um campo caracterizado pela enorme autonomia do processo de trabalho, mas que sem regulação (do cuidado e da sua organização) acaba por desresponsabilizar os serviços (e seus profissionais) pelo cuidado com os usuários e citam Mesquita e Silveira que diz:

O indivíduo perde sua identidade individual e coletiva ao chegar ao serviço especializado. O olhar do especialista identifica-o apenas como um problema funcional ou um órgão-alvo e, uma vez fornecido o seu parecer, o paciente passa a fazer parte do grupo de crônicos destes serviços ou retorna à unidade muitas vezes sem nenhuma compreensão sobre a situação e, o que é pior, sem que nem mesmo o médico da unidade de origem tenha esse entendimento, em grande parte dos casos. (Mesquita e Silveira apud)

Pinheiro (2006) cita que a atuação das instituições de saúde é influenciada pela sua localização geográfica, pela cultura local dos profissionais que realizam os serviços e pela ideologia do prestador, isto é, pelo estilo político adotado pelas instituições formais que

integram o sistema de saúde. Para a autora uma das dificuldades para um efetivo serviço de atenção básica se deve a uma forte característica do sistema de saúde brasileiro que independentemente de ser público ou privado foi historicamente construído com a assistência médica e o atendimento hospitalar sendo seus eixos estruturantes de atendimento. Daí a preferência individual das pessoas que tem no itinerário da busca pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde. Segundo a autora o trabalho ambulatorial é freqüentemente desvalorizado pelos profissionais médicos e usuários dos serviços públicos de saúde. A autora considera que a competência técnica na medicina, seu reconhecimento pelos colegas de profissão e sobretudo pela sociedade, estaria na justa medida do grau de conhecimentos específicos acumulados na operação de um determinado número de instrumental tecnológico, cada vez mais sofisticado e mais caro. (PINHEIRO, 2006).

Para Giovanella e colaboradores (2002) para avaliar o princípio da integralidade nos sistemas municipais de saúde devemos englobar 5 dimensões; o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população. Nessa perspectiva, um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de saúde tal com detectadas e processadas técnica e politicamente. Os autores construíram um conceito de integralidade composto por quatro dimensões, quais sejam: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e famílias. A segunda dimensão do conceito de integralidade foi deste modo operacionalizada como oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território. Os critérios selecionados para esta segunda dimensão são: o funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações;

protocolos de atenção para doenças/agravos específicos; medidas de garantia para contra-referência; integração do Programa de Saúde da Família à rede; controle do fluxo de pacientes para outros municípios; monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução; Consórcio Intermunicipal de Saúde; mecanismos para a garantia de reabilitação física; inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo. A existência de centrais de marcação de consultas e de exames especializados, assim como de centrais de regulação de internações é tomada como indicador de sistema de referência em funcionamento. A elaboração e instituição de protocolos de atenção para doenças/agravos específicos é outro critério indicativo de organização da oferta. As medidas de garantia para contra-referência podem ser consideradas como estágio mais desenvolvido da referência, sendo critério que sinaliza a articulação entre os vários níveis de complexidade de atenção. A integração do PSF à rede (fluxo formalizado) é um dos indicativos da preocupação do gestor com a garantia da atenção nos três níveis. Estes autores observam que para alguns critérios que consideram importantes para estas avaliações, a escolha de agravo traçador poderia facilitar a medição e a construção de indicadores correspondentes imprimindo maior objetividade e factibilidade ao critério referente à programação articulada de ações nos três campos de atenção a partir de problemas de saúde.

Campos (2007) propõe o funcionamento de equipes de referência e apoio matricial como metodologia de trabalho complementar àquelas previstas em sistemas hierarquizados que existem na sistema de atenção à saúde. Segundo o autor o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial especializada quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Nesta linha de proposta o MS publicou a portaria 154 de 25 de janeiro de 2008 criando os Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) que avançou não porque apenas incluiu outras especialidades médicas como homeopatas, acupunturistas, psiquiatras, mas, também pela presença de profissionais da saúde na linha de promoção da saúde. Nestes núcleos que foram previstos para apoiar oito ESFs também são selecionados nutricionistas, psicólogos, fonoaterapeutas, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física e outros da área, escolhidos pelos municípios baseados em suas realidades locais.

Uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado (VICTORA, 2000).

Para Bowling (2002) uma pesquisa que é feita envolvendo os participantes de uma determinada situação, com finalidade de melhorar suas práticas bem como a compreensão desta situação ou problema é categorizada como uma “pesquisa ação”. É um método baseado numa comunidade usado em locais de trabalho para definir necessidades e problemas, levantar formas de lidar com problemas e melhorar serviços. A autora cita o trabalho de outros autores, Hart e Bond (1995, p. 410-411) que selecionaram sete critérios para diferenciar tipos de pesquisa ação e que juntos diferenciam este tipo de pesquisa de outros métodos: 1 é educativa, 2 lida com indivíduos como membros de grupos sociais, 3 é focada em um problema específico e orientado para o futuro, 4 envolve uma intervenção para mudança, 5 busca o envolvimento e o aprimoramento, 6 envolve processos onde a pesquisa, a ação e a avaliação estão interligadas e 7 é baseada numa pesquisa inter-relacional na qual os envolvidos são participantes do processo de mudança. Nesta metodologia a pesquisa pode envolver comunidades, sejam leigas ou profissionais, usa várias técnicas de pesquisa, a maioria de caráter qualitativo, embora alguns levantamentos quantitativos podem em muitos casos fazerem parte do processo.

Para Flick (2004) numa pesquisa qualitativa em que se pretende estimular uma discussão e uma dinâmica que propicie construir um conhecimento sobre um assunto pesquisado em um grupo a melhor alternativa é usar a técnica de grupos de discussão. Eles permitem ao pesquisador coletar fatos que não estão desvinculados das formas cotidianas de comunicação e de relações entre os pesquisados. Este autor, citando o trabalho de outros autores, Dreher e Dreher (1982), afirma:

Outro objetivo das discussões em grupo é a análise de processos comuns de resolução de problemas do grupo. Para isso, introduz-se um problema concreto, e a tarefa do grupo é descobrir, através da discussão de alternativas, a melhor estratégia para resolvê-lo.

Nestes grupos de discussão utilizou-se a metodologia e técnicas recomendadas por Chambers (1994) que diz que num estudo usando grupos de discussão se deve utilizar

técnicas visuais e descritivas para otimizar uma avaliação participativa. Elas podem servir para facilitar dinâmicas de grupos e para o levantamento e solução de problemas e conflitos. Elas têm como referencial a etno-metodologia (perceber do interior), metodologias participativas e de ação incluindo a pedagogia de Paulo Freire (o respeito ao conhecimento do outro) e da análise de eco-sistemas rurais (uso de mapas, diagramas e recursos visuais). Seus princípios incluem: escutar os participantes passando a caneta, passando a palavra a eles; possibilitar ouvir a “ignorância ótima” dando oportunidade de valorizar o conhecimento local principalmente daqueles que não tem coragem de falar oportunizando conhecer seus pensamentos através da escrita. (CHAMBERS, 1994; D’ACRI *et al.*, 2005).

Segundo Minayo (1999) fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso.

Segundo Honsberger (2002) numa pesquisa onde se busca criar condições para uma nova prática a ser executada por membros de uma equipe de trabalho devemos optar por uma avaliação participativa. Este tipo de pesquisa propicia o desenvolvimento de práticas e novos saberes que influenciarão positivamente no aprimoramento das atividades dos envolvidos na pesquisa. Citando outro autor, Merrill (1994) afirma “constatou-se que os ambientes mais eficazes de aprendizagem são aqueles que se baseiam em problemas”.

Esta mesma autora, Giovanella (2008) em outra publicação, refere que a organização dos fluxos de usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializadas de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade do governo municipal embora este sistema de referencia não esteja organizado em muitos municípios. Refere que algumas cidades organizaram recentemente seus serviços em uma rede, condicionando o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica (médico de família, clínico geral, pediatra, ginecologista).

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa do tipo quali-quantitativa é uma avaliação de gestão que segundo Novaes (2000) tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. O resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios e normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

As internações hospitalares por procedimentos relacionados à doença hipertensiva foi escolhida dentre os possíveis referenciamentos esperados para esta enfermidade como recorte para o desenvolvimento desta pesquisa e está em concordância com publicação oficial do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica nº 15 do Ministério da Saúde, 2006, que dispõe que:

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de HAS e DM (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), faz-se necessária uma normatização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidade de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência.

A meta foi acumular conhecimento sobre a situação concreta, a partir do levantamento de dados das internações hospitalares por agravos relacionados à hipertensão arterial sistêmica no ano de 2006 entre usuários das ESFs de regiões do município, fazer a comparação com o grau de acompanhamento e vínculo destes com suas unidades básicas para fundamentar um trabalho de análise e através de grupos de discussão, formular uma síntese propositiva visando o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência mais próximo do ideal e do possível.

Esta pesquisa foi desenvolvida em dois módulos. Inicialmente uma avaliação quantitativa seguida de uma avaliação qualitativa na qual se optou pela criação de grupos de discussão entre os membros das equipes de saúde de família pesquisadas.

O desenvolvimento da pesquisa encontra-se descrito a seguir, de forma esquemática, em oito etapas que ora ocorreram simultaneamente, ora em momentos distintos.

3.1 Delineamento da pesquisa

Etapa 1. Busca e tabulação de informações sobre o número de internações por procedimentos relacionados à doença hipertensiva (ver Quadro 1) no ano de 2006 para a população do município de Santa Cruz do Sul, através do acesso às bases de dados do site do DATASUS.

Selecionamos nesta pesquisa estes onze procedimentos não significando que não poderiam outros procedimentos aí serem incluídos. Segundo Sutters e Watnick (2007) a HAS é a maior causa para o Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio. Também para a Insuficiência Cardíaca e para a Insuficiência Renal Crônica onde chega a ser em mais de 70% dos casos. Nos procedimentos abaixo relacionados sua influência só é menor na Insuficiência Renal Aguda.

Quadro 2 - Procedimentos relacionados à doença hipertensiva selecionados para a pesquisa.

Código	Procedimento
77500024	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
77500075	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
77500113	INSUFICIENCIA CARDÍACA
77500121	CRISE HIPERTENSIVA
77500130	HIPERTENSÃO MALIGNA
77500164	EDEMA AGUDO DE PULMÃO
80500013	SÍNDROME NEFRÓTICA
80500056	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
80500064	HIPERTENSÃO NEFRÓGENA E RENOVASCULAR
80500170	INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA
81500160	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Etapa 2. Identificação dos pacientes/usuários internados pelos procedimentos descritos no Quadro 1 no período selecionado, através de pesquisa nos relatórios de produção das Autorizações de Internação Hospitalares (AIH) junto ao centro de processamento das AIHs da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nestes relatórios constam apenas os nomes e os códigos dos procedimentos de internação.

Na consulta aos dados no site do DATASUS encontramos somente o número de internações por estes procedimentos mensalmente, Tabela 1, sem identificação do usuário e muito menos de endereço. Na SMS conseguimos o relatório mês a mês com os nomes dos pacientes usuários “dando nome aos números do Quadro 2”

Etapa 3. Identificação e seleção dos usuários/pacientes por local de residência em áreas adscritas às ESFs, com base em mapas detalhados das áreas das ESFs obtidos junto à Coordenação Municipal das ESFs e através de pesquisa em cada uma das AIHs no Arquivo Geral da Prefeitura Municipal.

Nos relatórios da SMS foi possível identificar os pacientes mas sem menção dos endereços dos mesmos. Foi necessário fazermos uma pesquisa em cada AIH de cada paciente. Estas AIHs de 2006 encontravam-se empacotadas por mês e tinham sido enviadas para o Arquivo Geral do Município onde se encontravam junto com todos os documentos de todas as Secretarias Municipais. Ao chegar ao Arquivo foi constatado que não havia uma organização dos inúmeros documentos por setores que facilitassem a nossa pesquisa. Foram vários dias de visitas conseguindo localizar as pastas referentes a 11 meses do ano de 2006. Tivemos que deixar o mês de agosto fora da pesquisa. Nestas pastas encontradas copiamos os endereços dos pacientes selecionados. Com estes registros identificamos quais residiam em área de abrangência de ESF através de cruzamento com os endereços constantes nos mapas com os endereços por abrangência de cada ESF que obtivemos na Coordenação das ESFs do município. Estas informações estão nas Tabelas 2 e 3.

Etapa 4. Seleção de quatro ESFs, sendo duas cujas áreas adscritas tiveram maior número de internações e duas onde ocorreram menor internações pelos procedimentos selecionados após separação entre os usuários que residem em área sem cobertura de ESF daqueles onde isto ocorre. (Tabela 3).

A escolha deste parâmetro para esta seleção foi apenas para restringir a pesquisa a quatro equipes, sem se aprofundar sobre os determinantes que tenham influenciado na diferenciação dos dados de cada ESF em relação à doença hipertensiva. Nosso objetivo foi pesquisar o sistema de referência e a contra-referência em seus aspectos comuns a todas as ESFs cujos resultados podem ser estendidos a outras morbidades em que atuam as equipes sem ser exclusivamente a HAS.

Nesta etapa foi feita reunião com os membros das quatro equipes selecionadas para apresentação da pesquisa, seus objetivos, explicitação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as normas e diretrizes que tem que ser atendidas em pesquisas na área da saúde. Esclarecemos sobre o direito de não participação da pesquisa, da garantia do anonimato e também de poder retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarretasse qualquer penalidade. Foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para Projetos de Pesquisa.

Etapa 5. Aplicação da AMQ através do preenchimento de instrumentos de auto-avaliação que foram desenvolvidos como subsídio na perspectiva de melhoria contínua da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família.(Anexos B e C)

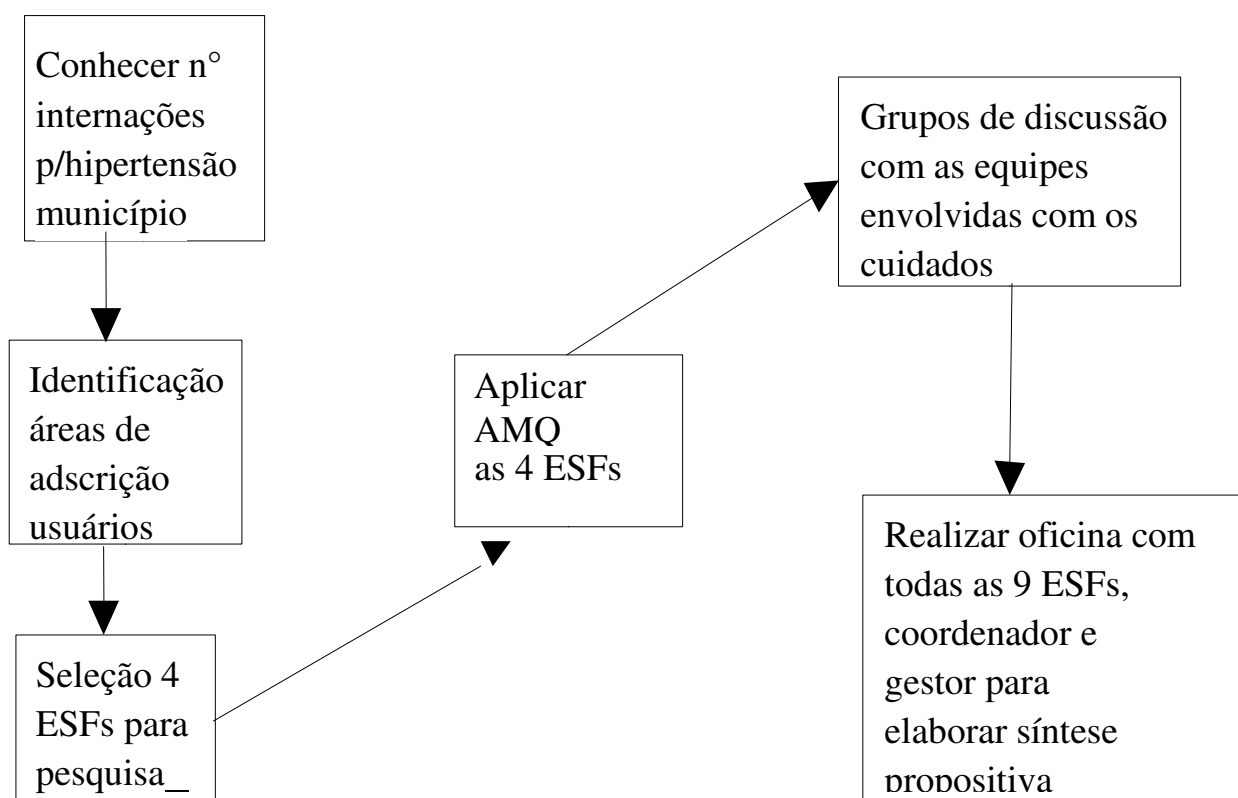
Este documento propicia uma avaliação de estrutura, processo e resultados em acordo com modelo proposto por Donabedian (1988) e tem indicação para avaliações qualitativas na Estratégia de Saúde da Família como proposta em nossa pesquisa.

Em nosso estudo utilizamos somente os instrumentos que se relacionam com a doença hipertensiva e aqueles que envolvem os membros que compõem estrutura e o processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

Etapa 6. Análise em cada ESF selecionada, dos prontuários dos usuários identificados na Etapa 3, com vistas a identificar registros de visitas domiciliares, revisões médicas, recebimento de medicações, encaminhamentos, internações e altas no ano de 2006, período da pesquisa. (Quadro 6)

Etapa 7. Realização de grupos de discussões com os profissionais de saúde das quatro ESFs selecionadas, empregando-se roteiros com questões semi-estruturadas, abordando as dificuldades enfrentadas no sistema de referência e contra-referência, itens com avaliação negativa no AMQ e levantamento de alternativas para a melhoria das ações nas equipes. O roteiro era composto pelas seguintes questões: 1) Quais as dificuldades que a ESF tinha para referenciar as consultas para especialistas solicitadas pelo médico da ESF? 2) Como acontecia a contra-referência nestas consultas? No caso das internações hospitalares, como tomava a ESF conhecimento desta internação?

Etapa 8. Realização de Oficina com as nove ESFs e Coordenadores da ESF, área dos Serviços Médicos e da Regulação das Especialidades Médicas. Fizemos um grande grupo de discussão usando metodologia participativa com o emprego de técnicas preconizadas inicialmente por Chambers (1994). Foram apresentados os dados da pesquisa, discutidos e levantados os nós críticos dos problemas do sistema de referência e contra-referência e fornecidos caneta e papel que foram preenchidos pelos participantes com suas considerações e sugestões de como transformar em positivos os aspectos negativos apontados. Em conjunto com os participantes do grupo, após se discutir alternativas e propostas, se elaborou uma síntese propositiva bem como a escolha de determinantes para se elaborar processos de avaliação e monitoramento das propostas elencadas.



Fluxograma 1 - Esquema elaborado pelo autor explicando a metodologia do estudo.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do município

O Município de Santa Cruz do Sul situa-se na região centro do Estado do Rio Grande do Sul, tem 117.000 habitantes conforme o censo do IBGE, encontra-se em gestão plena de saúde o que significa possuir o município de gestão sobre as atividades de vigilância sanitária e do controle da prestação dos serviços de saúde tanto curativa como preventiva para a população incluindo aí o pagamento dos procedimentos hospitalares. Dispõe de 15 postos de saúde, tem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família com 9 ESFs o que corresponde a uma cobertura de 26,20% da população. As ESFs são; Bom Jesus, Cristal, Faxinal, Gaspar, Glória, Margarida, Menino Deus, Pedreira e Senai. Possui 3 estabelecimentos hospitalares; Hospital Santa Cruz, Hospital Anna Nery e um deles no interior do município, o Hospital Monte Alterne. Possui também uma central de atendimento com especialidades com médicos pagos através de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, o CISVALE (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Pardo) que abrange os 15 municípios da região.

4.2 Internações relacionadas à doença hipertensiva

Durante o período do estudo ocorreram 932 internações por agravos relacionados com doença hipertensiva em pacientes do município de Santa Cruz do Sul. Destes, 811 foram internados nos hospitais locais e 121 referenciados para hospitais de outros municípios da região e da capital, ou devido a maior complexidade dos casos ou porque os pacientes encontravam-se nessas localidades quando da necessidade de internação.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das internações por procedimentos relacionados com a doença hipertensiva durante o período de estudo. Destacam-se a insuficiência cardíaca e os acidentes cérebro-vasculares.

Tabela 1 – Distribuição das internações por procedimentos relacionados com a doença hipertensiva no município de Santa Cruz do Sul, ano de 2006.

<i>Procedimento</i>	<i>Jan.</i>	<i>Fev.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai.</i>	<i>Jun.</i>	<i>Jul.</i>	<i>Ago.</i>	<i>Set.</i>	<i>Out.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Dez.</i>	<i>Total</i>
Infarto agudo do miocárdio	4	8	8	6	11	4	4	8	7	9	3	1	73
Encefalopatia hipertensiva	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2
Insuficiência cardíaca	29	39	26	39	30	30	34	48	40	34	30	19	398
Crise hipertensiva	4	7	7	2	5	9	4	4	2	1	7	3	55
Hipertensão maligna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edema agudo de pulmão	-	1	-	1	-	1	2	-	1	-	1	-	7
Insuficiência renal aguda	-	1	2	-	2	3	1	1	3	2	3	3	21
Hipertensão renovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insuficiência renal crônica	3	4	5	7	3	2	4	3	5	5	2	...	43
Acidente vascular cerebral	21	14	19	13	21	21	14	19	17	18	19	16	212
Total mês	61	74	67	68	72	70	64	83	75	69	65	43	811

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SCS, 2006.

As Tabelas 2 e 3 apresentam a distribuição dos pacientes internados em relação a áreas adscritas a ESFs e dos pacientes internados em relação às ESFs de origem. O mês de agosto/2006 não foi contemplado pois as AIHs não foram localizadas no arquivo geral do município. Entre as 728 internações cujas AIHs foram recuperadas, observou-se que 158 (24,42%) eram procedentes de áreas cobertas por ESF.

Tabela 2 - Pacientes internados em relação às ESFs no município de Santa Cruz do Sul, ano de 2006.

	<i>Jan.</i>	<i>Fev.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Abr.</i>	<i>Mai.</i>	<i>Jun.</i>	<i>Jul.</i>	<i>Ago.</i>	<i>Set.</i>	<i>Out.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Dez.</i>	<i>Total</i>
End. Não ident.	23	7	5	3	-	1	20	...	4	1	7	10	81
Áreas sem ESF	32	46	46	50	56	50	36	...	55	49	43	26	489
Áreas com ESF	6	21	16	15	16	19	8	...	16	19	15	7	158
Total AIHs	61	74	67	68	72	70	64		75	69	65	43	728

Fonte: AIHs - Secretaria Municipal de Saúde – SCS, 2006.

Tabela 3 – Pacientes internados em relação às suas ESFs de origem

	<i>Jan.</i>	<i>Fev.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Abr.</i>	<i>Mai.</i>	<i>Jun.</i>	<i>Jul.</i>	<i>Ago.</i>	<i>Set.</i>	<i>Out.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Dez.</i>	<i>Total</i>
BOM JESUS	-	-	1	-	5	4	-	...	1	4	-	4	19
CRISTAL	-	1	-	-	2	-	1	...	1	4	3	1	13
FAXINAL	1	2	2	2	1	-	-	...	2	1	-	1	12
GASPAR	2	5	1	4	1	2	1	...	1	3	1	-	21
GLÓRIA	2	3	3	3	1	2	1	...	3	1	4	1	24
MARGARIDA	-	3	3	3	2	1	1	...	-	2	1	-	16
MENINO DEUS	-	1	2	-	1	5	3	...	1	-	-	-	13
PEDREIRA	1	3	3	2	2	1	1	...	4	1	3	-	21
ESF SENAI	-	3	1	1	1	4	-	...	3	3	3	-	19
Total ESFs	6	21	16	15	16	19	8	...	16	19	15	7	158

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde SCS, 2006

As informações obtidas permitiram selecionar para as próximas etapas da pesquisa as ESFs Faxinal e Menino Deus como as de melhores desempenhos em relação ao número de internações por agravos relacionados à doença hipertensiva e as ESFs Gaspar e Glória como as de piores desempenhos. O desempate entre a ESF Cristal e a ESF Menino Deus que apresentaram 13 internações foi porque um único paciente do Menino Deus internou 3 vezes no ano da pesquisa.

4.3 Avaliação AMQ nas ESFs

Conforme explicitamos na Metodologia utilizamos o instrumento 3 (que avalia infraestrutura nas Unidades de Saúde da Família), o instrumento 4 (que avalia o processo de

trabalho das equipes de Saúde da Família) e alguns itens das subdimensões III – Saúde de Mulheres e Homens e IV – Saúde de idosos pertinentes à doença hipertensiva do instrumento 5 (que avalia a dimensão Atenção à Saúde).

Seguindo a metodologia destes instrumentos onde em cada subdimensão foram propostos e validados cinco níveis de qualidade e baseados no preenchimento de seus itens pelos membros das quatro ESFs selecionadas, estas foram avaliadas dentro dos estágios de qualidade progressiva que propõe a AMQ; 1) estágio de qualidade elementar QE. Neste estágio se abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF, 2) estágio de qualidade de desenvolvimento QD. Abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho), 3) estágio de qualidade consolidada QC. Abordam organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultados das ações, 4) estágio de qualidade boa QB. Abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados e 5) estágio de qualidade avançada QA. Colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

Quadro 3. Avaliação pelo Instrumento 3 – Unidade Saúde da Família

	ESF GLÓRIA		ESF GASPAR		ESF FAXINAL		ESF MENINO DEUS	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Infra-estrutura e equipamentos da USF	QE	1/8	QC	4/9	QE	3/8	QC	1/11
Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos	QE	3/4	QE	3/4	QE	1/4	QB	-

1: Estágio de Qualidade – QE (Elementar); QD (Desenvolvimento); QC (Consolidado); QB (Boa); e QA (Avançada)

2: Requisito não atingido/ nº itens do estágio de qualidade

Percebe-se grande sintonia entre os dados da avaliação pela AMQ e os números das internações, menor nas ESFs onde a avaliação nas dimensões de Infra-estrutura e Insumos e Medicamentos foi melhor. A ESF Gloria apresentou dificuldade para preencher o estágio de qualidade elementar QE em um item dos oito deste estágio na dimensão de infra-estrutura e equipamentos e em 3 itens dos 4 em Insumos e Medicamentos. O mesmo ocorreu com a ESF Gaspar nesta dimensão.

Entretanto, também a ESF Faxinal apresentou QE nestas dimensões não atingido melhor estágio por não pontuar em itens que não tem a ver com a doença hipertensiva, como ausência de biombos nas salas de atendimento ginecológico, não ter saúde bucal e não dispor de equipamentos básicos para atendimento

externo.

Os quadros 4 e 5 apresentam os resultados da aplicação dos instrumentos 4 e 5 da AMQ

Quadro 4. Avaliação pelo Instrumento 4 – Consolidação do Modelo de Atenção

	ESF GLÓRIA		ESF GASPAR		ESF FAXINAL		ESF MENINO DEUS	
	1	2	1	2	1	2	1	2
	QA	1/2	QA	...	QC	4/7	QC	1/7
Organização do Trabalho em Saúde da Família								
Acolhimento, Humanização e Responsabilização	QD	1/3	QA	...	QE	...	QD	1/3
Promoção da Saúde	QC	1/2	QC	1/8	QD	2/5	QD	1/5
Participação Comunitária e Controle Social	QE	1	QE	1	QE	3/4	QE	...
Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF	QB	...	QA	...	QE	...	QB	1/2

Quadro 5. Avaliação pelo Instrumento 5 – Aqui apenas os itens relacionados à doença hipertensiva foram pesquisados

ESF GLÓRIA		ESF GASPAR		ESF FAXINAL		ESF MENINO DEUS	
1	2	1	2	1	2	1	2
QA	-	QA	-	QA	-	QA	-

Fonte: Instrumento AMQ aplicado na pesquisa de campo pelo autor, 2008.

Nos instrumentos 4 e 5 da AMQ que buscam avaliar os modelos de atenção e assistência à saúde não ocorreu diferenças significativas entre as ESFs que tiveram maior e menor número de internações hospitalares por procedimentos relacionados à HAS. Surgiram dificuldades comuns a todas, como ausência de veículo da SMS para deslocamento das equipes, realização de ações educativas em escolas e creches, painel de situação de saúde do território atualizado trimestralmente entre outras.

4.4 Pesquisa nos prontuários

Nas quatro ESFs selecionadas houveram 67 internações hospitalares referentes a um total de 54 pacientes residentes nas áreas de abrangência das mesmas. Conforme dados do quadro 8 foram acessados 40 prontuários destes pacientes pelas razões aí apresentadas. Foi

feita uma análise destes prontuários e posterior discussão com os agentes de saúde que atuam nas áreas de residência destes pacientes. Constatamos que 16 destes 54 pacientes no período entre as internações e a realização desta pesquisa (aproximadamente 1 ano) eram falecidos (29,63%). Embora nem todos os registros continham a data de nascimento, nos prontuários onde este dado estava presente verificamos que uma minoria tinha mais que 60 anos.

No Quadro 6 observamos que nem todos os 54 prontuários puderam ser acessados. Quatorze prontuários não foram acessados devido a razões diversas, como mudança de residência, recolhimento ao arquivo municipal, endereço desconhecido, falecimento ou recusa em receber o agente comunitário de saúde. Nestes 40 prontuários restantes verificou-se que em 29 (72,5%) não consta registro de referência e contra-referência dos pacientes. Em apenas 4 (10%) ocorre a referência e a contra-referência. Em 6 ocorre algum registro informado pelo paciente ou descoberto pelo agente de saúde.

Quadro 6 - Resumo da pesquisa dos prontuários e discussão com os Agentes Comunitários de Saúde

Total de internações: 67
Total de pacientes: 54
Falecidos: 16
Total de prontuários da pesquisa: 54
Prontuários acessados: 40
Prontuários não acessados: 14
Pacientes que mudaram de residência: 5
Prontuário que não se encontra mais na ESF: 3 (Somente na ESF Gaspar)
Endereços falsos: 3
Outros: 3
Prontuários acessados: 40
Sem registro de referência ou contra-referência: 29
Com registro de referência: 6 (informado pelo paciente ou pelo Agente de Saúde)
Com registro de referência e contra-referência: 4
Somente registro de contra-referência: 1

De posse destes dados que revelam que apenas 10% tem referência e contra-referência, iniciamos a etapa de grupos de discussão com outros membros das ESFs. O grupo foi marcado com cada uma das quatro equipes pesquisadas, com a participação dos membros envolvidos com as referências e contra-referências. Foi agendado um encontro em datas diferentes para cada uma.

4.5 Análise das entrevistas realizadas

Correspondendo à etapa 7 de nossa pesquisa que previa a realização de grupos de discussões seguindo um roteiro com questões levantado as dificuldades encontradas pelas ESFs em relação à referência e contra-referência dos pacientes destas ESFs, fizemos uma análise temática das entrevistas semi-estruturadas realizadas com gravação nas quatro ESFs selecionadas. Visando garantir o anonimato dos participantes as ESFs não mais identificadas mas apenas registradas por números escolhidos aleatoriamente.

Através desta análise e seguindo os parâmetros sugeridos por Minayo pudemos constatar pela repetição de termos nas declarações e pela discussão envolvendo o tema referencia e contra-referencia que esta análise ficou concentrada em dois eixos temáticos e 7 categorias:

A) Funcionamento da referência e contra-referência para uma consulta com especialista;

B) Como ocorre a referência e contra-referência nas internações hospitalares.

A partir de questionamentos seguindo estes eixos temáticos pudemos enumerar sete categorias principais citando algumas respostas que consideramos mais representativas para cada categoria.

Categorias:

1) Ausência ou demora de retorno da contra-referência:

ESF1 “A referência é feita mas a contra-referência nem sempre vem”.

ESF2 “A referência né, a gente sempre encaminha, alguns até que fazem a contra-referência, mas tem muitos que não fazem”

ESF4 “o paciente vai para a referencia quando tem quota. Depois a gente recebe de volta, uns dois, três meses não de todos_e aí quando volta ou o paciente já foi outra vez ou já mudou de área.. o papel mais serve para que o paciente chegue lá e tenha alguma coisa na mão. Mas o retorno para nós não tem.”

Podemos inferir destas declarações que não existe neste município um sistema coordenado de referência e contra-referência acarretando prejuízo para um efetivo acompanhamento dos pacientes encaminhados aos especialistas pelas ESFs que ficam esperando o retorno do paciente com as informações solicitadas pelo médico assistente e isto ou não ocorre ou ocorre com um atraso que interfere no bom aproveitamento dos objetivos do encaminhamento.

2) Vagas para a referência:

ESF4 “o paciente vai para a referência quando tem quota.”

Podemos perceber através das visitas às unidades de SF que houveram muitas queixas em relação a quotas de encaminhamentos para diferentes especialidades. Isto é um dos problemas comuns nas redes tanto municipais, como estaduais e federais. Geralmente os fatores limitantes são: o tipo de especialidade e o número de profissionais existentes bem como do volume de recursos que os municípios ou os Consórcios de Municípios (como é o nosso caso) disponibilizam para tal rede. Nem sempre as especialidades oferecidas são aquelas mais necessárias ou mais apropriadas para as enfermidades mais prevalentes na localidade.

3) Problemas de comunicação entre os serviços:

ESF1 “Nem toma conhecimento.”

ESF2 *“Assim ó, em relação aos pacientes internados, não só em doença hipertensiva mas de uma forma geral a gente não tem uma comunicação.”*

ESF3 *“A gente fica sabendo um tempo depois, ou um familiar do paciente retorna e tem que fazer um procedimento e daí comunica ou a agente de saúde na visita.”*

ESF4 *“Eu nunca tive um retorno dos hospitais. Eu já tive paciente que esteve na UTI, teve um AVC, e a gente não sabia e já estava lá há mais de uma semana, e a agente de saúde também não vai todos os dias naquela casa, e eu fiquei sabendo por um aluno que disse tem um paciente teu, lá do teu bairro”.*

Esta falta de comunicação se torna um obstáculo para se atingir uma integralidade no atendimento ao paciente em geral, pior ainda onde existe uma Estratégia de Saúde da Família que poderia tornar possível uma melhor qualidade de vida e uma menor morbidade e mortalidade para os pacientes portadores de hipertensão arterial. Nos dados desta pesquisa a mortalidade em 1 ano dos pacientes pesquisados de 29,63%, embora numa amostragem pequena como a pesquisada, mostra que a falta de acompanhamento pós internação destes pacientes pode ter sido uma das conseqüências para isto ocorresse.

4) Ausência de nota de alta hospitalar:

ESF1 *“Não vem nota nenhuma do hospital, os pacientes vem aqui com as caixas de medicamentos que tão tomando nem a receita vem junto e na próxima consulta deles que pode ser um mês depois eles contam que tiveram internados.”*

ESF2 *“Às vezes o que nós pegamos é alguma nota de alta de alguns mas a maioria a gente na visita domiciliar vai pegar e não tem nada com o paciente”.*

A nota de alta é um documento que deveria acompanhar todo paciente com alta hospitalar. Sua finalidade é fornecer detalhes da internação do paciente, dados como; exames, diagnósticos, tratamentos, procedimentos e principalmente informações para seu acompanhamento pela unidade de saúde e profissionais que se encarregarão disso após sua alta do hospital. Entretanto, muitas vezes por sobrecarga de trabalho ou por não terem o

hábito de fazê-lo, muitos profissionais deixam de fazê-lo comprometendo a sequência do tratamento e com isso a integralidade que deveria existir para este paciente.

5) Contra-referências ilegíveis:

ESF2 *“Outros que fazem mas são uns rabiscos que a gente não consegue entender nada.”*

ESF4 *“Muitos médicos mandam em branco, vai pra lá mas eles não colocam nada em baixo na contra-referencia, alguns que colocam a gente não entende né, vem uma letra...”*

Percebe-se que os médicos especialistas ou não têm conhecimento sobre a importância de seu papel no sistema de referência e contra-referência que poderia garantir a integralidade no atendimento do paciente que a ele foi referenciado por um colega do atendimento primária ou não demonstram interesse em serem entendidos pelo colega que a eles referenciou o paciente.

6) Falta de continuidade do tratamento:

ESF2 *“E aí fica bem difícil pra nós porque não se consegue saber o que foi feito com o paciente no que se poderia até dar uma continuidade desde a alta até no tratamento dele.”*

ESF4 *“O paciente ganha alta, mas eu acho que precisa o tratamento após, e ele vem aqui depois da internação pra saber se deve continuar com o remédio ou não, saindo de lá sem uma orientação certinha ou ele toma tudo o que vem do hospital mais os que ele tem em casa e quando a gente vê eles já estão aqui ruinzinhos, etc.”*

Devido à ausência de nota de alta e falta de comunicação entre o cuidado hospitalar e o cuidado pelas ESFs a qualidade da continuidade do tratamento fica evidentemente prejudicada. Falta conhecimento da internação de pacientes de áreas adscritas às ESFs pelas respectivas equipes pela falta de comunicação entre os prestadores de serviços o que impede um acompanhamento por estas equipes com as características que possibilita a estratégia de Saúde da Família fazer a diferença em relação ao atendimento básico tradicional como a regionalização, a criação de vínculos, agendamentos, participação em grupos de hipertensão, visitas domiciliares, etc.

7) Único caso onde a referência e a contra-referência funciona

ESF3 *“A única coisa que eles comunicam nós, em relação quando é gestante né, a puérpera, aí eles comunicam para que a gente faça o agendamento da consulta do puerpério e a revisão do RN.”*

ESF4 *“O que funciona, é da gestante pois o hospital liga marcando para que o bebê venha fazer o teste do pezinho, a vacina, então a gente já marca antes da gestante ter alta.”*

Percebemos aqui que já existe um sistema mais organizado quando se trata de gestantes como relatado. Talvez a existência do Programa de Parto Humanizado onde o Ministério da Saúde repassa recursos adicionais para pré-natais completos com consulta do puerpério tanto para os municípios como para os hospitais seja um estímulo para isto.

4.6 Reunião com as ESFs para elaboração de síntese propositiva

A etapa final da pesquisa foi executada com uma reunião com a presença de todas as 9 ESFs do município, o gestor municipal, os coordenadores dos serviços médicos e da ESF. Houve a apresentação da pesquisa e realização de uma oficina de trabalho para discutir e elaborar uma síntese propositiva para o aprimoramento do sistema de referência e contra-referência no município de Santa Cruz do Sul. Utilizando metodologia e técnicas já referidas (grupos de discussão de Flick, técnicas visuais e descritivas de Chambers), se fez uma avaliação participativa sobre um problema que faz parte do dia a dia no trabalho destas ESFs em acordo com o que propõe Hornsberger e Merrill.

Logo após apresentação do trabalho se constatou que as queixas foram comuns mesmo entre aquelas equipes que não tinham sido pesquisadas, mas que participaram da oficina.

Através da análise das manifestações escritas e apresentadas ao grande grupo de discussão, foram surgindo as idéias que fundamentaram a elaboração da síntese propositiva desta pesquisa. Elas tinham como meta propiciar: 1) Maior contato entre os médicos das ESFs e os especialistas; 2) Reforçar a questão das contra-referências condicionando o pagamento dos procedimentos especializados à entrega deste documento na SMS; 3) Fazer o mesmo em

relação aos Hospitais que não enviam os relatórios de alta dos pacientes internados; 4) Realizar reuniões periódicas com representantes das ESFs e a Coordenação dos Serviços da SMS para avaliar a aplicação destas propostas.

4.6.1 Síntese propositiva

Meta: Sensibilização dos profissionais sobre a importância do documento da contra-referência

Ações:

- Gestores esclarecer que é responsabilidade e dever de preencher este documento;
- Realização de reuniões com especialistas sobre o sistema referência-contrarreferência;
- Informar e orientar a rede contratada de apoio e hospitalar da importância do documento;
- Criar sistema de apoio especializado para as ESFs com comunicação entre ambas.

Meta: Sensibilização dos especialistas e gestor para mudança de ótica (paciente SUS = 2ª categoria).

Ações:

- Sensibilizar os gestores para que não vejam os médicos da atenção básica e PSF apenas como mais um funcionário que às vezes atrapalha a “indústria da doença”;
- Médico que gerencia o serviço não pode ser vinculado com entidade que preste estes serviços complementares;
- Capacitação dos especialistas sobre importância do documento e o que é uma unidade de saúde da família.

Meta: Propiciar comunicação entre os serviços.

Ações:

- Interligar Postos e SMS via internet;
- Aprimorar a comunicação hospital – SMS – PSF;
- Promover reunião entre as equipes de SF, especialistas e hospitais;
- Melhorar o formulário da referência quanto a dados solicitados, necessidade de retorno etc;
- Informatização dos dados, com senhas para acesso dos mesmos pelos profissionais da saúde.

Meta: Propor pagamento dos serviços vinculados a apresentação da contra-referência ou nota de alta.

Ações:

- Elaborar protocolos pagamento mediante apresentação documento e envio do mesmo para o PSF;
- Não fazer o pagamento caso não haja preenchimento do documento tanto para os especialistas como para os hospitais que não enviarem nota de alta dos pacientes;
- Fazer o pagamento do atendimento médico especialista e hospitalar após o recebimento da contra-referência preenchida adequadamente.

Meta: Sensibilização dos usuários adscritos a ESFs.

Ações:

- Divulgar durante as reuniões dos grupos nas ESFs da importância de trazer as notas de alta dos hospitais para exigí-las nas altas junto com as receitas.

Meta: Monitorar a implementação destas metas propostas.

Ações:

- Promover reuniões periódicas com as ESFs e coordenações municipais dos serviços de saúde para avaliar a implementação destas propostas no município de Santa Cruz do Sul.

5. DISCUSSÕES

Diferentemente do estudo realizado por Henrique e Calvo (2008) que foi feito considerando a soma das internações dessas doenças e a população dos municípios no mesmo período, em nossa pesquisa separamos e estudamos somente a população sob cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul - RS.

Com referência aos estudos realizados por Bomfim (2002) e Connil (2002) pudemos constatar que em Santa Cruz do Sul a questão dos referenciamentos não é problema, pois eles existem e ocorrem através de Central de especialidades com recursos do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISVALE). O que se pode observar é a falta da contra-referência comprometendo o salto de qualidade que se poderia obter com ações de acompanhamento destes usuários principalmente das áreas de cobertura por ESFs devido aos vínculos destes como seus agentes comunitários de saúde o que viabilizaria propiciar impactos positivos nos indicadores de saúde desta população pesquisada.

Starfield (2002) quando fala em “atenção integral” destaca a importância da existência de uma rede coordenada de serviços de saúde para otimizar a atenção à saúde e destaca a figura do primeiro atendimento para o sucesso desta operação. Nesta pesquisa pudemos observar que este atendimento fica prejudicado pela ausência de retorno das informações dos especialistas (contra-referência).

Este estudo fez uma avaliação com ênfase na atenção ambulatorial incursionando na estratégia de saúde da família que propicia, entre outras ações, um acompanhamento domiciliar de pacientes e no continuum dos cuidados para doenças. Privilegiou uma análise de coordenação de serviços de saúde que o diferenciou da maioria das análises que segundo Hartz e Contandriopoulos (2004) tem como foco principal a coordenação em nível corporativo e hospitalar e em cuidados a grupos específicos (redes de atenção peri-natal, AIDS, saúde mental, etc.).

Pinheiro e Mattos (2006) entendem que muitos especialistas demonstram pouco se importar em fazer a contra-referência para seus colegas da atenção primária. Segundo estes autores, na especialização médica que veio com envolvimento com tecnologia de alta

sofisticação com alto grau de conhecimentos específicos acumulados junto com reconhecimento pelos colegas de profissão e sobretudo pela sociedade estes médicos especialistas poderiam se considerar muito acima daqueles que fizeram o primeiro encaminhamento. Em nossa pesquisa deparamos que a referência e a contra-referência funcionou a contento quando existiu algum mecanismo de compensação financeira envolvido. No caso das puérperas, vinculadas ao programa parto humanizado, o hospital e a secretaria municipal de saúde são obrigadas a preencher informações referentes a procedimentos do pré-natal com vistas à obtenção de recursos extras alocados no referido programa. Nestes casos apesar de haver envolvimento de especialistas, eles cumpriram o seu papel de contra-referenciar os pacientes aos médicos da atenção primária.

Em relação ao roteiro previsto pelo CDC a pesquisa preencheu seis de seus parâmetros da seguinte maneira: 1) Na Estratégia de Saúde da Família; 2) Nos aspectos da integralidade e no sistema de referência e contra-referência; 3) As metas para que o sistema de referência e contra-referência tenha sucesso são as apresentadas na síntese propositiva; 4) As evidências pesquisadas foram a partir das internações hospitalares por doenças hipertensivas de moradores das áreas selecionadas e a comparação com o número de acompanhamentos destes pacientes pelas ESFs destas áreas; 5) As conclusões relativas ao desempenho foram estabelecidas no desenrolar da pesquisa e; 6) As lições aprendidas foram utilizadas para, através da criação de grupos de discussão com os trabalhadores em saúde envolvidos, elaborar uma síntese propositiva de ações visando aprimoramento do sistema vigente.

Além disso, esta pesquisa preencheu as quatro premissas que este mesmo documento preconiza como padrão de eficiência que são: 1) Utilidade da pesquisa, servindo para identificar os atores envolvidos bem como seus interesses bem como das metas para o aperfeiçoamento do sistema; 2) Aplicabilidade, pois buscou ser realista, prudente e diplomático no seu desenrolar; 3) Propriedade, comportando-se legalmente e eticamente com o olhar para o bem estar dos envolvidos na pesquisa e dos possíveis beneficiários dos seus resultados e; 4) Confiabilidade, garantindo que os resultados fossem corretamente considerados e apoiados em documentos e relatórios imparciais e confiáveis.

Em relação ao AMQ, podemos considerar que por ser um documento muito extenso e abrangente sua aplicação tem encontrado algumas dificuldades de aplicação como a necessidade de adesão dos municípios que o vêem com certa desconfiança. Embora declare

que não é um documento que venha a efetuar avaliação que resulte em punição, alguns municípios temem que isto possa resultar em diminuição de repasses. Além disso, a tabulação e o retorno dos dados para os municípios que o aplicam não tem acontecido com a rapidez que se esperava.

Ficou constatado que na dimensão da Participação Comunitária e Controle Social em nossa pesquisa, não se atingiu o estágio de qualidade mínimo, QD. Isto revela que inexiste o debate com a comunidade e o conselho municipal de saúde referente às ações e ao planejamento das mesmas em conjunto com estes entes sociais, fato que não é exclusivo do município pesquisado.

Em nossa pesquisa houve equipes com menores números de internações que apresentaram ótima avaliação principalmente nas dimensões de infra-estrutura e Insumos e Medicamentos sugerindo haver uma relação entre ter uma ESF com boa infra-estrutura e com bom suporte de medicamentos e um menor número de internações por doenças hipertensivas.

A ESF Faxinal, a que apresentou menor número de internações pela nossa pesquisa, deixou de pontuar apenas em itens que não tem a ver com a doença hipertensiva, como ausência de biombo nas salas de atendimento ginecológico, não ter saúde bucal e não dispor de equipamentos básicos para atendimento externo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Referência e Contra-referência pode ser uma ferramenta útil para garantir a integralidade no SUS mas sua aplicação nos moldes atuais enfrenta obstáculos. A falta de coordenação entre os gestores e os prestadores de serviços de saúde, a falta de garantia de acesso aos usuários nas unidades de saúde tanto da ESF como nos postos de saúde tradicionais e a de conhecimento dos prestadores de saúde do seu papel neste sistema, são alguns exemplos.

Neste estudo, através de sua síntese propositiva, discutimos alternativas que buscam proporcionar uma melhoria do sistema de referência e contra-referência no município de

Santa Cruz do Sul buscando atingir a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado que para Solla e Chioro (2008) passa por uma boa articulação de um conjunto de redes de atenção colocado sob uma mesma gestão que precisa se dar a partir da atenção básica que deve ser a principal porta de entrada do sistema ordenando a necessidade de fluxos e contra-fluxos, referencias e contra-referencias pelo sistema. Segundo estes autores as principais vantagens esperadas por esta integração seriam a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema.

Muito se fala que o sistema de referencia e contra-referencia é falho em cumprir seu papel no SUS. Constatamos que nem sempre isto é verdade pois em 10% de nossas observações houve de fato o registro da efetivação deste sistema. Em nossa pesquisa através da etapa qualitativa discutimos e propusemos metas para aperfeiçoar o sistema atual.

O Ministério de Saúde através de estratégias como a implantação dos NASFs busca alternativas visando o enfrentamento deste problema. Entretanto esta proposta dos NASFs nos moldes atuais tem gerado certa desconfiança dos gestores municipais de saúde talvez pelos aspectos inovadores como a inclusão de outros profissionais da área da saúde num universo que ainda não resolveu seus problemas de atendimentos de especialidades médicas a contento.

Esta pesquisa apresentou através de síntese propositiva com os trabalhadores em saúde do município, medidas que poderão encaminhar um aprimoramento do sistema atual e o fez seguindo os princípios citados por Conill (2006) que são a parcimônia, o diálogo e a continuidade. Muito ainda precisa ser feito. Conforme Campos e Domitti (2007) necessitamos criar uma dinâmica que não seja só atendimento pelo especialista, mas, que possa também restringir-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador. E também necessitamos de diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência seja uma luz neste caminho.

Pelos resultados observados, a falta de coordenação no sistema de referência e contra-referência atual com apenas 10% de efetividade pode ter contribuído para a alta taxa de mortalidade (29,63%) nos pacientes pesquisados no período de um ano após alta hospitalar por enfermidades cardiológicas relacionadas à hipertensão arterial. Notadamente em área

onde existe a estratégia de saúde da família com mecanismos de atenção supostamente superiores aqueles existentes em áreas sem esta estratégia.

Finalmente o estudo verifica que apesar da elevada oferta de medicina especializada financiada pelo município, a falta de coordenação do sistema limita a melhoria em qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):401-412, 2002.
- BOMFIM, L. A.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 581-589, 2002.
- BOWLING, A. *Research methods in health: Investigating health and health services*. Open University Press, 2002.
- BROWN, A.D.G.; MICHAEL, J.; HICKS, N. et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Health* 2001;155-9.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.8, n.2 p. 569-584. 2003.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Framework for program evaluation in public health*. MMWR, p. 48, 1999.
- CHAMBERS, R. Participatory Rural Appraisal (PRA): World Development. Great Britain: Elsevier Science Ltd, v. 22, n. 9, p.1253-1268, 1994.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, 2002.
- _____. Sobre a importância da Parcimônia, do Diálogo e da Continuidade para a Institucionalização da Avaliação da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n.3. Rio de Janeiro, p. 564-566, jul/set 2006.
- _____. - Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004
- COULTER, A.; NOONE, A.; GOLDACRE, M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. *British Medical Journal*, n. 299, p.304-8, 1989.
- D'ACRI, V.; CONILL, E. Metodologia de Avaliação Participativa. Oficina de sensibilização. FIOCRUZ: UERJ, nov. 2005.
- DONABEDIAN, A. **The quality of care:** how can it be assessed? *JAMA*, p. 260, 1988.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004, *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 633-47

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2004.

GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura de V.C. et al – Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação, *Saúde em Debate*, 2002 v.26, n. 60, p37-61

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde em **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Ed. Fiocruz, 2008.

HARTZ, Zulmira M. de A e CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004

HENRIQUE, F. e CALVO, M. C. M. - Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Abr 2008, vol.24, no.4, p.809-819.

HONSBERGER, J.; GEORGE, L. **Facilitando Oficinas**: da teoria à prática. United Way Canadá: Grupos de Estudos do Terceiro Setor, 2002.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica, em **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Ed. Fiocruz, 2008

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, p. 197-218, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Distrito Federal, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – AMQ. **Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Hipertensão arterial sistêmica. Política nacional de atenção básica. **Cadernos de atenção básica n° 15**, 2006.

NOVAES, H.M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, p. 547-59, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade**. ABRASCO: UERJ, 2006.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 221-242, 1999.

SILVA, I. Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Comunic. Saúde e Educ.* v.9, n.16, p 25-38, set. 2004/fev. 2005.

SOLLA, J.; CHIORO, A. – Atenção Ambulatorial Especializada em **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** Ed. Fiocruz, 2008

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Edição brasileira, 2002.

SUTTERS, M.; WATNICK, S. – **Current Medical Diagnosis and Treatment**. Ed. Appleton & Lange, UK, 2007.

VICTORA, C. G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para projetos de pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROJETOS DE PESQUISA

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Avaliação do Sistema de Referência e Contra-Referência em doença hipertensiva nas Equipes de Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul RS

Pesquisador Responsável: Gilberto Gonçalves

Telefone para contato: 51 30562265 ou 51 99840711

Professor Orientador: Antônio Carlos Estima Marasciulo

Telefones para contato: 48 84223227

Descrição da pesquisa: Objetivos: Avaliar as práticas das equipes de Saúde da Família quanto ao sistema de referência e contra-referência para a população portadora de hipertensão nas suas áreas de cobertura de atendimento.

Procedimentos; através de pesquisa junto ao DATASUS, conhecer o número de internações hospitalares que ocorreram no ano de 2006 por doenças hipertensivas no município de Santa Cruz do Sul, identificar as áreas do município onde estes usuários moram e correlacionar com as áreas de cobertura das ESFs do município, selecionar 4 equipes para a pesquisa, caracterizar estas ESFs, nelas criar grupos de discussão e através de oficinas elaborar síntese propositiva construída com seus membros para aprimorar o sistema de referência e contra-referência atual.

Esclarecemos que esta pesquisa não apresenta riscos ou prejuízos para os participantes. Os benefícios esperados com a participação nesta pesquisa são a discussão com os membros das ESFs de propostas para melhoria do Sistema de Referência e Contra-referência visando

proporcionar maior integralidade no atendimento aos usuários do SUS atendidos por estas ESFs.

Serão apresentados os dados levantados da pesquisa aos participantes na oficina onde será elaborada com a participação dos membros a síntese propositiva citada.

A participação dos membros das ESFs selecionadas se dará em dois momentos, um quando serão visitadas cada uma das quatro equipes selecionadas e outro quando se fará a oficina com todas as equipes. Haverá garantia de sigilo, direito de retirar o consentimento a qualquer tempo para aqueles que da pesquisa quiserem assim fazer com expressa liberdade sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Nome do Pesquisador: GILBERTO GONÇALVES

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____

CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO A: Tabela baixada do site do DATASUS com procedimentos hospitalares de interesse desta pesquisa por local de residência e em um mês do período da pesquisa.

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência - Rio Grande do Sul

AIH pagas por Microrregião segundo Município

Município: Santa Cruz do Sul

Procedimento: 77500113 INSUFICIENCIA CARDIACA, 77500121 CRISE HIPERTENSIVA, 77500130 HIPERTENSAO MALIGNA

Período: Dez/2006

Município	S. Cruz do Sul	Total
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)		
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.		
TOTAL	47	47
431680 Santa Cruz do Sul	47	47

[Copia como .CSV](#)

[Copia para TabWin](#)

ANEXO B Relação dos instrumentos de auto-avaliação que foram desenvolvidos como subsídio na perspectiva de melhoria contínua da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família. São cinco estes instrumentos para avaliar nas respectivas dimensões com suas sub-dimensões;

Instrumento 1:Desenvolvimento da Estratégia de SF

Sub-dimensões:

- I. Implantação e Implementação da SF no município
- II. Integração da Rede de Serviços
- III. Gestão do Trabalho
- IV. Fortalecimento da Coordenação

Instrumento 2: Coordenação Técnica das Equipes

Subdimensões:

- I. Planejamento e Integração
- II. Acompanhamento das equipes
- III. Gestão da Educação Permanente
- IV. Gestão da avaliação
- V. Normatização

Instrumento 3: Unidade Saúde da Família

Subdimensões:

- I. Infra-estrutura e Equipamentos da USF
- II. Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

Instrumento 4: Consolidação do Modelo de Atenção

Subdimensões:

- I. Organização do Trabalho em Saúde da Família
- II. Acolhimento, Humanização e Responsabilização
- III. Promoção da Saúde
- IV. Participação Comunitária e Controle Social
- V. Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF

Instrumento 5: Atenção à Saúde

Subdimensões:

- I. Saúde de Crianças
- II. Saúde de Adolescentes
- III. Saúde de Mulheres e Homens
- IV. Saúde de Idosos

V. Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

VI. Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Em nosso estudo utilizamos somente aqueles que se relacionam com a doença hipertensiva e aqueles que envolvem os membros que compõem uma equipe de Saúde da Família.

ANEXO C Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia
Saúde da Família

Documento Técnico

Brasília – DF

2005

Documento técnico.pmd 3 2/12/2005, 16:52

4

Documento Técnico

Avaliação para Melhoria da
Qualidade
da Estratégia Saúde da Família

Documento técnico.pmd 4 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia
Saúde da Família

Documento Técnico

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF

2005

Documento técnico.pmd 5 2/12/2005, 16:52

6

Documento Técnico

♥ 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G

6.º andar, sala 635

70058-900 Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3434 / 3315-2391

Fax: (61) 3226-4340

E-mail: avaliacoes@saude.gov.brHome page: www.saude.gov.br/caadab

Coordenação Geral:

Eronildo Felisberto

Coordenação Técnica:

Iracema de Almeida Benevides

Consultoria Especializada em Avaliação e Qualidade:

Ana Cláudia Figueiró – IMIP

Carlos Eduardo Aguilera Campos – UFRJ

Daphne Rattner – Área Técnica de Saúde da

Mulher/DAPE/SAS/MS

Francisco José Pacheco dos Santos – Secretaria

Estadual de Saúde da Bahia

Consultoria Internacional em Qualidade:

Luis F. Coronado, M.D., M.B.A.

Elaboração:

Organização Panamericana da Saúde (Opas)

Julio Suarez e Juan Seclen

Organização das Nações Unidas para a Educação,

Ciência e Cultura (Unesco)

Heloíza Machado de Souza

Instituto de Qualidade em Saúde / Ministério da Saúde de

Portugal (IQS)

Luis Pisco

Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira (Imip)

Ana Cláudia Figueiró; Eroneide Valéria da Silva; Gisele

Cazarin

Ministério da Saúde:

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em

Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Conteúdo: Documento Técnico – Caderno de auto-avaliação n. 1: gestão municipal da saúde – Caderno de Autoavaliação

n.2: coordenação municipal da estratégia saúde da família – Caderno de Auto-avaliação n. 3: unidade saúde da

família – Caderno de Auto-avaliação n. 4: equipe saúde da família: parte 1 – Caderno de Auto-avaliação n. 5: equipe

saúde da família: parte 2.

ISBN 85-334-1034-4 (obra completa)

ISBN 85-334-1035-2 (documento técnico)

1. Qualidade dos cuidados de saúde. 2. Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde) 3. Saúde da família.

I. Título. II. Série.

NLM W 84

Catalogação na fonte – Editora MS – 2005/1197

Títulos para indexação:

Em inglês: Evaluation for Quality Improvement of the Family Health Strategy: technical document

Em espanhol: Evaluación para Mejora de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia: documento técnico

Documento técnico.pmd 6/2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 3

Unidade Saúde da Família

Infra-estrutura e Equipamentos da USF

Q Elementar

3.1 E

Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população. (S) (N)

Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos

de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização frequente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).

PB

3.2 E

Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos. (S) (N)

O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao

local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem

ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.

PB

3.3 E

Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas. (S) (N)

Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade,

além das referências culturais das usuárias.

PB

3.4 E

Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo. (S) (N)

Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou

mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.

PB

3.5 E

As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades. (S) (N)

O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa

tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave

e equipamentos de proteção individual (EPIs). Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada. A lista básica de equipamentos, instrumentais e insumos está publicada no

site do projeto: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm> (entrar em Proposta Técnica, depois ir para Áreas Técnicas e depois Saúde Bucal).

PB

Documento técnico.pmd 74 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

3.6 E

Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde. (S) (N)

O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.

PB

3.7 E

A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada. (S) (N)

Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem

ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.

PB

3.9 D

A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes. (S) (N)

O padrão, ao utilizar a expressão "uso e adequação" dos ambientes, refere-se ao entendimento atual do MS de que os espaços na USF podem ser multi-uso, desde que sejam respeitadas as normas para o seu funcionamento.

PB

3.10 D

Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF. (S) (N)

A USF possui instrumentais e materiais de consumo para o atendimento gineco-obstétrico em quantidade e garantia

de esterilização compatível com a demanda esperada (suficiente para não causar interrupções ou prejuízos à assistência).

Instrumentais: espelhos pequenos, médios e grandes; pinças de Cheron; pinça de Pozzi, pinça auxiliar, cuba rim, cubas inoxidáveis. Materiais de consumo: luvas, algodão, gaze, compressas, ácido acético, lugol, álcool,

solução fixadora, lâmina para citologia, espátula de Ayre e escova endocervical.

PB

Q Desenvolvimento

3.11 C

O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de consultórios com equipamentos básicos (padrão 3.1) em número suficiente para que médicos e enfermeiros das ESF realizem atendimentos concomitantemente, sem interrupções em qualquer período de funcionamento da USF.

PB

3.8 E

A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos. (S) (N)

Este equipamento reservado ao uso exclusivo da atividade de imunização com controle de temperatura é considerado

critério de qualidade da Atenção Básica.

PB

Q Consolidada

Documento técnico.pmd 75 2/12/2005, 16:52

76

Documento Técnico

3.12 C

Os tensiômetros e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos. (S) (N)

Considerar a resposta afirmativa quando a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos for realizada, no

mínimo, semestralmente.

PB

3.17 C

A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes. (S) (N)

O padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o

aumento da resolubilidade da AB.

PB

3.13 C

Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo. (S) (N)

Dentre esses equipamentos podem constar calçados, protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol.

PB

3.14 C A USF dispõe de linha telefônica.

(S) (N)

Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais.

>100

3.15 C A USF dispõe de equipamento de informática.

(S) (N)

O padrão refere-se à USF dispor de, no mínimo, um equipamento composto por: CPU, monitor de vídeo, teclado, mouse, estabilizador e impressora compatíveis em boas condições de uso, bem como, insumos que permitam seu funcionamento (papel, cartuchos de tinta).

>100

3.16 C

A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente. (S) (N)

Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.

PB

3.18 C

A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências. (S) (N)

O padrão refere-se à USF possuir: ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos

e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratória.

PB

Documento técnico.pmd 76 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

3.19 C

O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS. (S) (N)

A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade de veículo da SMS para atendimento das atividades externas programadas pelas ESF.

PB

3.21 B

Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada. (S) (N)

A disposição física dos consultórios, equipamentos (listados no 3.5) e instrumentais possibilitam o atendimento concomitante pelo cirurgião-dentista e THD, de maneira integrada.

PB

3.22 B

A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.

(S) (N)

Embora sejam estruturas fundamentais em qualquer USF, sua existência qualifica a atenção prestada, ampliando

o acesso, a equidade e a resolubilidade da AB.

>100

Q Avançada

3.24 A

Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo. (S) (N)

Este padrão se refere às condições ideais para o atendimento ginecológico, em termos de conforto e privacidade da cliente.

PB

Q Boa

3.20 C

A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas. (S) (N)

O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som.

PB

3.23 A

A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.

(S) (N)

A internet é considerada como um importante recurso para comunicação, obtenção de informações técnicas relevantes

e atualização técnica (educação continuada). A existência de internet banda larga na USF, com disponibilidade para os trabalhadores da SF (estebelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.

>100

Documento técnico.pmd 77 2/12/2005, 16:52

78

Documento Técnico

3.27 E

As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população. (S) (N)

O padrão considera que insumos mínimos para as atividades de educação em saúde sejam cartolina ou similar,

pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos.

PB

3.26 E

A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais freqüentes. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade

do tratamento instituído. Pode ser calculado através da demanda não atendida.

PB

3.28 E

A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses. (S) (N)

Ao utilizar a expressão "com regularidade e em quantidade suficiente" o padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Deve-se prever

o atendimento à crianças e gestantes.

PB

Q Desenvolvimento

3.29 D

A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde. (S) (N)

Considerar como insumos básicos: algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva de procedimento, fio para sutura, ataduras de gaze, abaixador de língua, termomêtro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.

PB

3.25 E

A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.

(S) (N)

Para o Programa Nacional considerar as definições da Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde:

<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm>

PB

Q Elementar

Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

Documento técnico.pmd 78 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

3.30 D

A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade. (S) (N)

Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.

PB

3.31 D

A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde. (S) (N)

Por exemplo: formulários, receituários e requisições. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem

a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.

PB

3.33 D

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. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento dos antibióticos utilizados na Atenção Básica, com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais

e não comprometam a resolubilidade do

PB

3.32 D

A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente. (S) (N)

Equipamento e insumos considerados indispensáveis no acompanhamento da população de diabéticos.

Considerar,

para as fitas, suficiência de 80% da demanda.

PB

3.34 D

A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.

PB

3.35 D

A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.

PB

Documento técnico.pmd 79 2/12/2005, 16:52

80

Documento Técnico

3.37 C

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. (S) (N)

O padrão considera os medicamentos definidos em protocolos clínicos, em quantidade suficiente para o atendimento

à demanda especificada. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.

PB

3.38 B

A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado. (S) (N)

Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.

PB

Q Boa

3.39 B

A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro-intestinal. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território,

com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.

PB

3.40 A

A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado. (S) (N)

Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.

PB

Q Avançada

Q Consolidada

3.36 C

A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira. (S) (N)

O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.

PB

Documento técnico.pmd 80 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Documento técnico.pmd 81 2/12/2005, 16:52

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 4

Consolidação do Modelo de Atenção

Organização do Trabalho em Saúde da Família

Q Elementar

4.01 E O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.

(S) (N)

O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a

atualização da ficha A do SIAB. Considerar, para resposta afirmativa, a atualização no sistema de informação.

4.02 E

A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF. (S) (N)

Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da

equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar tais como

pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no

mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.

4.03 E

A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho. (S) (N)

O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.

4.04 E

A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por

trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.

Q Desenvolvimento

4.05 D

A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho. (S) (N)

O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da

ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.

4.06 D

A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS. (S) (N)

O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais

mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.

Documento técnico.pmd 82 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

4.07 D

A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes. (S) (N)

O padrão refere-se ao levantamento das informações presentes na Ficha A (SIAB) associado ao mapeamento de áreas de risco e entrevistas com lideranças da comunidade. Outras fontes de informação podem ser os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa.

4.08 D

A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de

nível superior da equipe.

4.09 D

Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF. (S) (N)

O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.

Q Consolidada

4.10 C

A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população. (S) (N)

Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.

4.11 C

O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros

da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.

4.12 C

A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção. (S) (N)

Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros

instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando

as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

4.13 C

A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos. (S) (N)

A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que

permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às

unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas:

registro e acompanhamento.

4.14 C

A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames. (S) (N)

O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local

da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.

84

Documento Técnico

Q Boa

4.15 C

A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.

(S) (N)

o padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos

os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que

assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.

4.16 C

A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. (S) (N)

O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à

avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões

dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento

não estão incluídas.

4.17 B

A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento. (S) (N)

A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento

(consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.

4.18 B

Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.6 . Além das áreas de responsabilidade dos ACS, os mapas de trabalho da ESF

discriminam os principais recursos comunitários, as regiões de maior vulnerabilidade/risco, acompanhamento de situações epidemiológicas, entre outros processos. Indica aperfeiçoamento em direção ao trabalho com mapas mais

dinâmicos e informativos, os mapas vivos.

4.19 B

A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada. (S) (N)

O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde,

planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.

Q Avançada

4.20 A

A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território. (S) (N)

O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de

saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local

acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o

acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização

é trimestral.

4.21 A A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.

(S) (N)

Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.

Documento técnico.pmd 84 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Acolhimento, Humanização e Responsabilização

4.22 E

Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. (S) (N)

A equipe conhece e presta assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, vulnerabilidade e

ou isolamento social. Considerar a resposta afirmativa quando ações concretas em relação a estas famílias puderem

ser apresentadas, tais como: maior número de VD, priorização no agendamento das consultas, mobilização da rede

social, dentre outras.

Q Elementar

4.23 E

As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe estar sensibilizada e fornecer à população informações que possibilitem melhor e maior

utilização dos serviços disponíveis. O padrão considera que as informações são transmitidas aos usuários tanto na

forma verbal quanto escrita, por meio de cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo. Considerar a resposta

afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

4.24 D

Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço. (S) (N)

Os membros da equipe estão sensibilizados e prestam atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações

de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade.

Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

Q Desenvolvimento

4.25 D

Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de documento norteador ou protocolo contendo orientações para realização do acolhimento

resolutivo (discriminando situações de agendamento e pronto-atendimento), disponíveis para os profissionais da equipe. Estes podem ter sido criados pela própria equipe, bem como, pela coordenação, SMS ou outra instância.

4.26 D

Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários. (S) (N)

O padrão refere-se à disponibilização e facilitação do acesso a urna, livro, ou outros mecanismos menos formais de

registro (anotação pelos profissionais de falas livres durante o contato com a população), das sugestões e reclamações,

estando garantido o sigilo do usuário.

Q Consolidada

4.27 C

A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF planejar as suas 40 horas semanais viabilizando horários diferenciados (após as 18:00, antes das 7:00 ou outros) para o atendimento de membros das famílias que não podem comparecer durante período habitual de funcionamento da USF.

Documento técnico.pmd 85 2/12/2005, 16:52

86

Documento Técnico

4.28 C

Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF. (S) (N)

Padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral, com escuta da demanda realizada em espaço

apropriado da USF, por profissional da equipe. A partir desta escuta qualificada são determinadas as ações e os serviços mais apropriados, de acordo com a necessidade dos usuários e os critérios clínicos estabelecidos.

4.29 C

A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações. (S) (N)

Padrão mais elevado em relação ao 4.26 referindo-se à análise semanal das sugestões e reclamações formalizadas

por escrito em urna, livro ou aquelas recebidas informalmente, com encaminhamento de respostas e ações para atendimento das reivindicações.

Q Boa

4.30 B

A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da coresponsabilidade por parte dos usuários. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo

como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte

dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.

4.31 C

Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços. (S) (N)

A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação

pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe:

consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.

4.32 A

A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde. (S) (N)

A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações

em que processos subjetivos, tais como: estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso

dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem

da maneira indicada pelo padrão.

Q Avançada

4.33 A

Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos. (S) (N)

Padrão refere-se à oferta dos serviços basear-se em uma organização flexível e sensível, que concilia o planejamento das ações às necessidades da população. Nesta situação, o planejamento das ações por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos são referências flexibilizadas para garantir os interesses e necessidades dos usuários.

Documento técnico.pmd 86 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Promoção da Saúde

Q Elementar

4.34 E

São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável.

Q Desenvolvimento

4.35 D

Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais. (S) (N)

São desenvolvidas ações educativas tais como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. Podem ser realizadas em parceria com ONGs ou outras instituições. Para resposta afirmativa considerar a frequência mínima trimestral.

4.36 D

São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe reunir-se com a comunidade, de maneira sistemática, com o objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento.

4.37 D

A ESF desenvolve grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF realizar mensalmente, com os pais e mães das crianças em acompanhamento de puericultura, grupos com aspecto educativo e de convivência, durante os quais são abordados conteúdos relativos à saúde global da criança: alimentação, crescimento, estímulos ao desenvolvimento, imunizações, prevenção de acidentes, sono, hábitos de higiene, limites e afeto, dentre outros.

4.38 D

A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento. (S) (N)

O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os hipertensos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.

4.39 D

A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento. (S) (N)

O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os diabéticos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.

Documento técnico.pmd 87 2/12/2005, 16:52

88

Documento Técnico

Q Consolidada

4.40 C

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global das crianças, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.41 C

São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global dos adolescentes e jovens, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

4.42 C

A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver grupos educativos com a população de adultos da área abordando temas relativos à sexualidade e prevenção de DST/AIDS, no mínimo, trimestralmente.

4.43 C

A ESF desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos. (S) (N)

O padrão refere-se aos membros da ESF desenvolverem mensalmente ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visitas a espaços culturais, passeios, festas, etc.

4.44 C

A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer, valorizar e desenvolver atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.

4.45 C

A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica. (S) (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.

4.46 C

A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização de alguma atividade do tipo alongamento, capoeira, caminhadas, dança e práticas orientais (lian-cong, tai-chi-chuan, Chi-cong e outras) por profissionais habilitados. Considerar como afirmativa, também, se as ações são desenvolvidas em parcerias com organizações sociais.

4.47 C

A ESF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento e registro de ações concretas e sistemáticas no campo das práticas populares de saúde. Podem ser consideradas ações desenvolvidas em conjunto com a Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Q Boa

4.48 B

A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais. (S) (N)

A ESF planeja e executa projetos e ações em parceria com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/problemas da comunidade e seu enfrentamento.

4.49 B

A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e habilitada para abordar conteúdos de sexualidade na terceira idade e

prevenção de DST/AIDS, desenvolvendo-os por meio de grupos operativos com os idosos.

4.50 B

A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora. (S) (N)

Utiliza-se a abordagem por problemas, segundo o referencial da Rede de Educação Popular em Saúde. Ver site: www.redepopsaude.com.br

4.51 B

A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares. (S) (N)

O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades

de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais.

Q Avançada

4.52 A

A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito. (S) (N)

A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de

esclarecimento quanto aos cuidados no trânsito, incluindo orientações quanto aos atropelamentos. As ações educativas

podem ser realizadas em escolas, praças, etc. A resposta deverá ser afirmativa quando as ações acontecerem pelo menos semestralmente.

4.53 A

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário. (S) (N)

O padrão refere-se à existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa

ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras. Para resposta afirmativa, considerar experiências funcionando de maneira

contínua nos últimos 24 meses.

4.54 A

É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária

e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.

Documento técnico.pmd 89 2/12/2005, 16:52

90

Documento Técnico

Participação Comunitária e Controle Social

Q Desenvolvimento

4.55 D

A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais.

4.56 C

A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados. (S) (N)

O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.

Q Consolidada

Q Boa

4.57 B

A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde. (S) (N)

O padrão considera a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde). Considerar como resposta afirmativa se a frequência

for maior ou igual a 75% das reuniões, sendo considerado válida a participação rodiziada entre os integrantes da equipe ou de membros formamente eleitos, com direito a assento/voto.

Q Avançada

4.58 A

Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF. (S) (N)

O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Vigilância à Saúde

Q Elementar

4.59 E

A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. (S) (N)

Refere-se às atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de crianças e gestantes, registrando os dados no SISVAN, conforme previsto pela Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas > _sisvan.pdf).

Documento técnico.pmd 90 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

4.60 E

Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização, com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção da hipertensão

arterial, incluindo a medida da pressão arterial (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes)

4.61 E

Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de *Aedes aegypti*. (S) (N)

O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos

focos domiciliares de criação do *Aedes aegypti* orientando (e atuando algumas vezes em multirões) quanto à manutenção

de caixas d'água, pneus, garrafas, vasos de plantas, etc. Considerar para resposta afirmativa a realização de, no mínimo, uma atividade mensal no período setembro - março.

4.62 E

A ESF realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo. (S) (N)

A ESF conhece e realiza os procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a

alimentação fidedigna do Sistema Nacional Agravos de Notificação - SINAN.

4.63 D

A ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose. (S) (N)

Ações para a detecção de tuberculose são realizadas, incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos (tosse crônica).

Q Desenvolvimento

4.64 D

A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe desenvolver junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no

ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões, tais como: manipulação e conservação de

alimentos, uso racional de produ

4.65 C

A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população. (S) (N)

O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes

Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

Q Consolidada

4.66 C A ESF realiza ações para detecção de novos casos de Hanseníase. (S) (N)

O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes

Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

Documento técnico.pmd 91 2/12/2005, 16:52

92

Documento Técnico

4.67 B

A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por automedicação, entre outras. Neste sentido, as v

Q Boa

4.68 B

A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica. (S) (N)

A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas

domiciliares

constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais

como: a notificação e o ac

4.69 A

A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados. (S) (N)

O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais

intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes

segmentos da população. No Br

Q Avançada

4.70 A

A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador. (S) (N)

A ESF está sensibilizada para a ocorrência de riscos, doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional (<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador>).

Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem

da maneira indicada pelo padrão

Documento técnico.pmd 92 2/12/2005, 16:52

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº5

Atenção à Saúde

Saúde de Mulheres e Homens Adultos

Q Elementar

5.31 E

A ESF possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adultos (20 a 59 anos) da área

adscrita à ESF, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.

Responder

de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.

5.34 E A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área.

(S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento

desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.

Q Desenvolvimento

5.36 D

A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços

para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.

5.38 D

Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.

Q Consolidada

5.49 C

A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco. (S) (N)

O planejamento da atenção aos hipertensos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de hipertensão,

adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação,

de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).

5.51 C

A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente. (S) (N)

O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em

ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.

5.54 C

A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada. (S) (N)

O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento

é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.

Q Boa

5.62 B Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF.

(S) (N)

O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 20 e 59 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, quanto às condições gerais de saúde e prevenção de agravos. Para resposta afirmativa, considerar 50% da população de homens nesta faixa etária.

5.64 B

Houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por acidente vascular cerebral nos últimos 24 meses, para a população adscrita entre 40 e 69 anos, acompanhada. É um dos temas abordados pelo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

5.65 B

Houve redução do nº absoluto de internações por Infarto Agudo do Miocárdio. (S) (N)

O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)