

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

José Mendes da Silva

**Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família:
A Perspectiva dos Profissionais de Nível Superior em Montes Claros - MG**

Montes Claros
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

José Mendes da Silva

**Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família:
A Perspectiva dos Profissionais de Nível Superior em Montes Claros - MG**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como parte das exigências para obtenção de Título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação dos Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros
2010

S586a Silva, José Mendes da.
Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família: a perspectiva dos profissionais de nível superior em Montes Claros - MG. [manuscrito] / José Mendes da Silva. – 2010.
101 f. : il.

Bibliografia : f. 53-55.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2010.
Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Atenção primária à saúde. 2. Programa de Saúde da Família – Montes Claros (MG). 3. Avaliação de serviços de saúde. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título: A perspectiva dos profissionais de nível superior em Montes Claros - MG.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor

Paulo César Gonçalves de Almeida

Vice-reitor

Professor João dos Reis Canela

Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Sílvia Nietzsche

Coordenador de Pós-Graduação

Hercílio Martelli Júnior

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador

Paulo Rogério Ferreti Bonan

Sub-Coordenador

João Felício Rodrigues Neto



ALUNO: JOSÉ MENDES DA SILVA

TÍTULO DO PROJETO: "AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR EM MONTES CLAROS - MG",

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA (ORIENTADOR/PRESIDENTE)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO (UNIMONTES)

PROF. DR. MARCOS AZEREDO FURQUIM WERNECK (UFMG)

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA (UNIMONTES)

PROF. DR. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE (UNIMONTES)

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADO

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Dedico este trabalho à minha esposa Maria Gislene Angélica de Brito Mendes e aos meus filhos Laíse Angélica Mendes, Hugo Andrei Mendes da Silva e Fernanda Angélica Mendes pelo carinho, amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por ter me propiciado uma vida repleta de alegria, sonhos e conquistas.
- Aos meus pais, Dinoral e Clotildes, pelos ensinamentos e pelo exemplo de vida.
- Ao meu orientador, professor Antônio Prates Caldeira pela sabedoria, compreensão, paciência e pelos ensinamentos.
- Aos professores Marcos Azeredo Furquim Werneck, João Felício Rodrigues Neto, Máisa Tavares de Souza Leite e Raquel Conceição Ferreira, membros da banca de defesa.
- À minha esposa Gislene, meus filhos Hugo e Fernanda pela compreensão e apoio.
- À minha filha Laíse pela ajuda e pela paciência.
- À gestora municipal de saúde de Montes Claros em 2008, professora Jussara Melo pela autorização da pesquisa, pelo apoio e incentivo.
- Às minhas colaboradoras na coleta dos dados Fernanda, Patrícia e Laíse.
- À enfermeira Cláudia Daniela pela colaboração na pesquisa.
- Aos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da estratégia saúde da família pela colaboração na pesquisa.
- Aos professores do mestrado.
- À minha colega de mestrado Éricka pelo acolhimento.
- Aos colegas de mestrado pelo companheirismo.
- Aos colegas professores da Unimontes, Desirée, Jairo, Mânia, Marinilza, Pérola, Renata e Thalita pelo apoio.

RESUMO

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde é uma tarefa necessária, porém complexa, pois envolve vários fatores que tornam a sua prática pouco usual. O Ministério da Saúde tem incentivado a institucionalização da avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) disponibilizando instrumentos para os gestores municipais de saúde e para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade da ESF focada na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Montes Claros – MG, no período de setembro a dezembro de 2008, onde foram avaliadas todas as equipes com profissionais de nível superior. A coleta de dados utilizou o instrumento “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ”, onde as equipes foram avaliadas com base nos parâmetros de conformidade do instrumento. Também foram coletadas informações sobre a capacitação dos profissionais e sobre o tempo de implantação das equipes. Os resultados encontrados, de modo geral, denotam uma percepção positiva por parte dos profissionais das equipes da ESF em relação ao seu desempenho, com percentual de conformidades variando de zero a 100% para as subdimensões avaliadas. Foi possível verificar que a consolidação do modelo apresentou correlação direta e positiva com a atenção à saúde. Quando comparadas as médias de conformidades das equipes com profissionais que têm residência na área de saúde da família em relação às demais foi possível perceber que a qualificação profissional esteve associada positivamente a melhores escores de avaliação.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This study evaluated the quality of primary health care offered by the teams of the Family Health Strategy. Evaluating the quality of health services is a necessary task. However it becomes complex, because it involves several factors, making its practices rather unusual. The evaluation of the Primary Health Care (PHC) in Brazil is at an early stage, with few published studies. Nevertheless, there is a vast international literature, with publications of studies related to the topic. The Brazilian Ministry for Health, through the Division for Primary Care, has been fomented the institutionalization of Primary Health Care evaluation by providing local governments and Family Health Strategy (FHS) teams with tools, and a proposal of self-evaluation and voluntary compliance. This study was aimed evaluating the quality of FHS focused on the perceptions of health professionals. This is a cross-sectional study carried out in the town of Montes Claros/MG - Brazil, where 43 health teams were assessed; each team had graduated professionals in it. For data collection, the tool '*Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ*' (Evaluation for Quality Improvement in Family Health Strategy) was used. The teams were evaluated based on the parameters of this instrument. Information on education and training of the professionals and on the implementation length of the health teams was also gathered. The outcomes, in general, have shown a positive perception by the professionals in the FHS teams. Regarding their performance, there was an overall average above 50% for each of the subdimensions evaluated. It was possible to notice that the consolidation of the model has presented a direct and positive correlation with health care. When the averages of compliance of the teams of professionals who had graduate medical training (residency) in family health care were compared to those of others, it was possible to notice that the professional qualification was positively associated with better scores in the evaluation.

Keywords: Family Health Program. Primary Health Care. Evaluation of Health Services.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	PRODUTOS ALCANÇADOS	18
3.1	Artigo 01.....	19
3.2	Artigo 02.....	36
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	65

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no contexto mundial em 1920 na Grã-Bretanha e sua difusão foi atribuída ao *Relatório Dawson*, que a associou com a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados. A saúde era organizada em três níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospital escola, cada um com uma função definida e com vínculos entre os mesmos. Tal concepção serviu de base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis de atenção claramente definidos ^{1,2}.

As bases da promoção de saúde surgem a partir do o Relatório Lalonde elaborado na década de 60, que levou o mundo inteiro a discutir os determinantes sociais do processo saúde-doença e contribuiu para as bases da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata capital do Casaquistão, antiga União Soviética ³. Esta conferência definiu como elementos essenciais da APS a educação sanitária, o saneamento básico, o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar, a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns, a provisão de medicamentos essenciais, a promoção da alimentação saudável e de micro-nutrientes e a valorização da medicina tradicional ⁴.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, definiu APS como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” ⁵.

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Com o propósito de enfrentamento dos problemas de saúde da população, surgem movimentos em vários países, onde foram organizadas conferências internacionais para discutirem os problemas de saúde e as propostas de enfrentamento dos mesmos. No Brasil, surge o movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. O Relatório final desta Conferência serviu de base para a Assembléia Nacional Constituinte criar em 05 de outubro de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), onde o Estado foi configurado como responsável por sua execução e todo cidadão brasileiro passa a ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde. Foram definidos princípios, diretrizes, características e organização do SUS, que foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142^{6,7}.

Historicamente, o movimento da reforma sanitária brasileira, desencadeou propostas para ampliar as práticas de saúde pública para populações pobres. Destaca-se como exemplo de experiências de medicina comunitária que serviram para orientar programas de extensão de cobertura o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, que promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial para o país. No mesmo sentido, surgiram também experiências exitosas em vários municípios brasileiros, entre os quais, Montes Claros, sede do presente estudo².

Desde a criação do SUS, o Ministério da Saúde esteve comprometido com a garantia dos princípios assistenciais destacados em Alma-Ata, o que se concretizou em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Este programa veio como forma de reorientar a atenção primária no Brasil e, apesar de ter sofrido influências importantes do modelo inglês, canadense e cubano, apresenta características próprias e teve por base a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) realizada no Ceará^{8,4}.

Em 1997, o Ministério da Saúde propôs uma nova interpretação para o “saúde da família”, entendida como estratégia de atenção e não mais programa, e com capacidade de modificar o modelo assistencial vigente. As diretrizes operacionais do documento oficial indicam o caráter substitutivo do PSF, entendendo-o não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema de saúde^{8,9}.

A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família (ESF) redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção primária. A partir de então, torna-se necessária a discussão de questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde ¹⁰. Neste sentido, o Ministério da Saúde passou a estimular atividades de monitoramento e avaliação, buscando favorecer o desenvolvimento de uma cultura de aprimoramento contínuo a partir da institucionalização de processos avaliativos ¹¹.

Avaliação da Atenção Primária

A expansão dos modelos assistenciais com base na APS estimulou, em todo o mundo, a busca por definição de critérios de qualidade e avaliação dos serviços disponibilizados para a população. O modelo de avaliação da qualidade em saúde apresentado por Donabedian, na década de 1960 é largamente utilizado em todo o mundo como a referência fundamental para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A proposta desse autor fundamenta o processo avaliativo em três eixos: estrutura, processo e resultado ¹².

A qualidade técnico-científica do cuidado de saúde, segundo Vuori (1984) é a aplicação apropriada da tecnologia e do conhecimento médico disponível no cuidado com o paciente ¹³. Para Donabedian, essa avaliação está voltada para a análise do processo como um todo, pois engloba as atividades e os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados ¹⁴.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas adequadas de suporte ao processo ¹⁵.

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na

rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população ¹⁶.

Reconhece-se, então, que é papel fundamental do gestor federal, ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde alinha-se, no plano internacional, ao movimento pela institucionalização da avaliação que vem sendo implementado em diversos países, tais como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França ¹⁷.

Com o objetivo de monitorar e avaliar a atenção primária à saúde no País, o Ministério da Saúde implantou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica do SUS. Trata-se de um acordo entre o próprio Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir de uma série de indicadores definidos. Sua base jurídica é definida através de um conjunto de dispositivos normativos ⁶.

Assumindo-se como principal responsável pelo processo de avaliação no campo da APS e desencadeando a institucionalização da avaliação nesta área, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de iniciativas para a avaliação e monitoramento de serviços de saúde, fomentando pesquisas avaliativas específicas, como os Estudos de Linha de Base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família ^{18,19}. Muitos desses estudos ainda estão em andamento e não permitem assegurar que tem ocorrido uma real mudança do modelo assistencial.

A tarefa de avaliar é tão necessária quanto complexa, e requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, da necessidade de compatibilização de instrumentos, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde ¹⁶.

No Nordeste e Sul do Brasil, Fachini e colaboradores coordenaram estudo de comparação do PSF com o modelo tradicional de atenção básica, observando que o desempenho e a oferta de ações e serviços de saúde foram mais adequados no PSF. Contudo, verificaram que a efetivação da atenção básica de saúde é muito problemática, apresentando dificuldades no monitoramento e avaliação das ações, com supervisão apenas informativa, sobrecarga de trabalho, burocratização dos serviços e precariedade e improvisação nas estruturas das unidades locais ²⁰.

Campos (2005), discutindo a questão da avaliação em saúde, aborda estratégias de avaliação e de melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. O autor afirma que é necessário primeiro definir o que é qualidade, quais são os critérios de parâmetro, para só então avaliar. Destaca ainda, que os modelos usualmente desenvolvidos para a avaliação da qualidade em saúde foram baseados na produção de cuidados hospitalares voltados para o tratamento das doenças, porém para a avaliação da Atenção Primária são necessárias ferramentas capazes de avaliar as diversas peculiaridades relacionadas à suas funções, tais como o primeiro contato, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, atividades de promoção e prevenção ²¹.

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, no sentido de oferecer aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da estratégia Saúde da Família, implantou em julho de 2005 o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ. Foi disponibilizado para os municípios o Documento Técnico e o site de um aplicativo digital, para adesão voluntária destes. Para fortalecer o processo de implantação e acompanhamento do AMQ, foi criado um Grupo Técnico de apoio para implantação através da divulgação, sensibilização, capacitação, etapas essenciais do processo, para adesão dos municípios ¹⁶.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família é uma proposta à qual os gestores municipais deverão aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade. Propõe como metodologia nuclear, a avaliação orientada por instrumentos, dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Situa, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia. Orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas partindo da formulação atual da estratégia Saúde da Família ¹⁶.

O conjunto dos instrumentos 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. Dessa forma, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família oferece instrumentos específicos para este modelo de atenção, possibilitando que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico ¹⁶.

A proposta do Ministério da Saúde está fundamentada em estudos de avaliação normativa e da Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), que já têm sido utilizados em outros países na área da saúde ²¹. A partir de critérios e padrões pré-estabelecidos, busca-se impulsionar processos de melhoria da qualidade, oferecendo aos responsáveis pelos serviços um instrumento de trabalho facilitador para alcançar os propósitos da estratégia ¹⁶.

O AMQ é composto por cinco questionários totalizando 300 perguntas, para cada pergunta é apresentado o padrão de qualidade esperado, e a resposta é sim quando está dentro do padrão de conformidade esperado e não quando se encontra em inconformidade com o padrão. Os questionários 01 e 02 são destinados ao Gestor Municipal de Saúde e ao Coordenador Municipal da ESF. E os questionários 03, 04 e 05 são destinados para as equipes de Saúde da Família ¹⁶.

A literatura nacional ainda registra poucos estudos com o uso do AMQ. Em São Paulo, Venâncio e colaboradores (2008) realizaram um estudo sobre o processo de implantação do AMQ em uma área do Estado. Os principais resultados do estudo mostraram que, mesmo após capacitação específica, os municípios não se sentiam aptos para a implantação da iniciativa. Os grupos focais realizados com os profissionais do município mostraram que os mesmos avaliam positivamente os instrumentos e destacam a importância do envolvimento do gestor municipal para o êxito da proposta. Os autores concluem que o AMQ constitui-se em uma alternativa viável para a avaliação e monitoramento da ESF ²².

No Estado do Espírito Santo, Sarti (2009) avaliou o processo de implantação do AMQ e buscou estabelecer escores de desenvolvimento da ESF, a partir das respostas do questionário 04 realizado com as equipes de saúde. Para o autor, o instrumento se mostrou como uma iniciativa promissora de melhoria da qualidade dos serviços de APS. Destaca que a partir dos parâmetros do instrumento são identificados aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde que necessitam de melhorias substanciais. O autor salienta ainda que o instrumento constata a necessidade de vínculo entre equipe e comunidade para o sucesso das ações e reitera a necessidade de valorização da gestão do trabalho e da qualificação dos profissionais da ESF ²³.

Um dos aspectos críticos apontados por Sarti (2009) em seu estudo foi referente ao processo de classificação do estágio das equipes de saúde da família. O instrumento do Ministério da Saúde apresenta cinco estágios de desenvolvimento para cada equipe: Elementar, Em desenvolvimento, Consolidado, Bom e Avançado. Contudo, não apresenta uma definição clara para a classificação proposta ou uma justificativa para os padrões aplicados a cada estágio de desenvolvimento ²³.

Apesar dos possíveis vieses envolvidos nas atividades de auto-avaliação, como preconiza o AMQ, é consenso atual que a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais da saúde, os últimos dizendo respeito ao usuário. Não se pode, portanto, desprezar as percepções dos profissionais que atuam no processo de transformação do atual modelo assistencial ²⁴.

No contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa que as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde. Os serviços de saúde de alta qualidade devem estar preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo das doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnam doenças futuras e promovam melhorias reais na saúde da população ¹.

Diante da expansão da Estratégia de Saúde da Família, bem como da necessidade de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços de saúde pública prestadas, justifica-se o desenvolvimento de estudos que visem tal avaliação e a percepção dos profissionais de saúde da atenção primária. A avaliação dos serviços de saúde resulta em melhorias da qualidade das ações de saúde, impactando positivamente na saúde da população. A pesquisa científica avaliativa em saúde fortalece a cultura avaliativa e fornece referencial teórico para outros estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Aferir a auto-avaliação da qualidade da assistência à saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família no Município de Montes Claros – MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a perspectiva dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família em relação à Unidade de Saúde da Família, com ênfase na infra-estrutura;
- Avaliar a consolidação do modelo de atenção primária segundo os profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família;
- Avaliar a atenção à saúde aos diversos ciclos de vida e a vigilância em saúde segundo os profissionais de nível superior da atenção primária à saúde;
- Estabelecer comparações entre as perspectivas dos profissionais segundo o tempo de implantação das equipes e a formação específica na área de saúde da família;
- Avaliar a correlação entre a consolidação do modelo e as ações de atenção à saúde nas equipes de Saúde da Família, sob a ótica dos profissionais de nível superior das equipes da estratégia saúde da família.

3 PRODUTOS ALCANÇADOS

Seguindo proposta do colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, serão apresentados a seguir os dois artigos resultantes da pesquisa conduzida.

O primeiro artigo, “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: uma visão multiprofissional” está formatado segundo a revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, para a qual o mesmo será encaminhado para avaliar publicação.

O segundo artigo “Modelo Assistencial e Indicadores de Qualidade da assistência: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde”, está formatado segundo as normas dos Cadernos de Saúde Pública, periódico ao qual será submetido para apreciar publicação.

Artigo 01

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: uma visão multiprofissional.

Evaluation for Quality Improvement in Family Health Strategy: the multiprofessional vision

¹ José Mendes da Silva

² Antônio Prates Caldeira

¹ Cirurgião-Dentista, Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.
josemendesdasilva@yahoo.com.br

² Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. apc@unimontes.com.br

Autor para correspondência: Antônio Prates Caldeira. Avenida Cula Mangabeira nº. 562
Bairro Santo Expedito, Montes Claros – MG.
CEP: 39401 – 102 Telefones: (038) 3222 3879/9986- 8621

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - MG

RESUMO

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de oferecer aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da estratégia Saúde da Família (ESF). No presente estudo apresenta-se uma perspectiva de avaliação possível através do AMQ, focada na percepção dos profissionais de saúde. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de nível superior das três categorias mais envolvidas com a ESF, utilizando os instrumentos do AMQ referentes à avaliação das equipes. Os escores para cada subdimensão do instrumento foram os números de concordância aos parâmetros de qualidade do AMQ. As equipes foram comparadas em relação à qualificação profissional e tempo de implantação das equipes. De modo geral, observou-se uma percepção positiva das equipes, exceto para as subdimensões de participação comunitária e controle social e saúde do adolescente. As equipes qualificadas através da residência na área de saúde da família mostraram melhor desempenho em relação às demais, com diferenças estatisticamente significantes entre as subdimensões avaliadas. Os autores recomendam a ampla utilização do instrumento com forma de divulgação e consolidação da proposta de avaliação e monitoramento da qualidade na ESF.

Palavras chave: Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Avaliação da qualidade. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

The '*Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ*' (Evaluation for Quality Improvement in Family Health Strategy) was developed by the Brazilian Ministry for Health with the aim of providing local government with tools for managing and assessing the quality of Family Health Strategy (FHS). This study presents an overview of possible evaluation through AMQ, focused on the perceptions of health care professionals. Interviews were carried out with the three categories of graduated professionals most involved with the FHS; the AMQ tools related to team evaluation were used for such. The scores for each subdimension of the instrument was the number of agreement to the AMQ quality parameters. The health teams were compared with respect to professional qualification, and implementation length of the teams. On the whole, there was a positive perception in the teams, except for the subdimensions 'community participation', 'social control', and 'adolescent health'. The teams qualified through graduate medical training (residency) in family health care showed a performance better than the others, with statistically significant differences in the subdimensions evaluated. The authors recommend a widespread use of the instrument in order to publicize and consolidate this proposal for evaluation and monitoring of quality in FHS.

Keywords: Family Health Program. Primary Health Care. Evaluation of quality. Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no contexto mundial em 1920 na Grã-Bretanha e serviu de base para a reorganização dos serviços de saúde em vários países, através de níveis de atenção ¹. A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, a atenção primária se torna um consenso universal ². Para Starfield (2002), a APS tem a acessibilidade e primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação dos níveis de atenção como seus principais atributos ³.

Os pressupostos da APS serviram como base para movimentos sociais em vários países, que surgiram com o propósito de enfrentamento dos problemas de saúde da população. No Brasil surge o movimento da Reforma Sanitária, cujos desfechos serviram de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{4,5}.

Como forma de reorganizar a atenção primária no SUS, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) que, a partir de 1997, passou a ser interpretado como uma estratégia, e não mais um programa, entendido como uma atividade assistencial integrada à rede e que funciona como porta de entrada ao sistema de saúde⁶. A partir de então, a Estratégia de Saúde da Família, assumindo um caráter substitutivo do modelo tradicional apresentou expansão acentuada do número de equipes em todo o País ^{6,7}. Esse crescimento redefiniu sua importância no processo de reorganização da atenção primária e estimulou o discurso sobre questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde. O Ministério da Saúde passou então a incentivar atividades de monitoramento e avaliação, buscando a institucionalização de processos avaliativos⁸.

A avaliação dos cuidados de saúde na atenção primária não é uma atividade simples. A tarefa é desafiadora mesmo para outros países desenvolvidos ⁹. O modelo clássico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, na década de 60 é habitualmente o mais empregado e representa uma referência fundamental quando existe interesse em uma análise focada em critérios objetivos de estrutura, processo e resultado ¹⁰.

Assumindo sua responsabilidade no processo de avaliação no campo da APS e desencadeando a institucionalização da avaliação nesta área, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de iniciativas para a avaliação e monitoramento de serviços de saúde, fomentando pesquisas avaliativas específicas, como os Estudos de Linha de Base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família ^{11,12}.

Contudo, é no nível local que as mudanças precisam ser realizadas de forma mais rápida, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou em 2005 um projeto intitulado Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Desenvolvido com o objetivo de oferecer aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da estratégia Saúde da Família, com disponibilização de documento técnico para os municípios interessados em adesão voluntária ao projeto ¹³.

O projeto AMQ orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento, possibilitando 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 ¹⁴. O AMQ possui uma metodologia de avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Situa, dessa maneira, a percepção dos diversos atores, na perspectiva de autogestão. Assim, oferece instrumentos específicos para que os próprios atores envolvidos com a estratégia, em seus diferentes âmbitos, possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento contínuo. Outro aspecto positivo do AMQ é que incorpora na avaliação do processo, questões capazes de avaliar as diversas peculiaridades relacionadas às funções da atenção primária, tais como o primeiro contato, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, atividades de promoção e prevenção ¹⁵.

Apesar das potencialidades do instrumento e das características específicas de apontamento de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de saúde da família, não há uma definição clara de aferição dos escores ou estabelecimento

dos pontos de cortes específicos que possibilitem ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados (Elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado).

O objetivo do estudo é apresentar uma perspectiva de avaliação da Estratégia Saúde da Família segundo os profissionais de saúde, tendo como eixos avaliativos as dimensões do instrumento AMQ.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado por meio de um inquérito entre os profissionais das equipes da ESF, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, localizado ao Norte do Estado de Minas Gerais. A cidade conta com uma população estimada superior a 360 mil habitantes e é o principal pólo urbano da região, sendo referência, inclusive na área de saúde, para toda região Norte do Estado de Minas, e ainda para os vales do Mucuri e Jequitinhonha e Sul da Bahia. A atenção primária se consolida com 49 equipes de saúde da família, (44 localizados na zona urbana e 05 na zona rural), 15 equipes de Agentes Comunitários de Saúde e 14 centros de saúde tradicionais, sendo estes responsáveis pela parte da população que não possui cobertura da ESF.

O estudo foi realizado com autorização e apoio dos gestores de saúde local, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e com o consentimento dos entrevistados, a partir da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Não houve cálculo amostral, pois o estudo faz parte de um projeto amplo que incorpora todas as equipes de saúde. A coleta de dados foi realizada em todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – MG, que possuíssem as três categorias de profissionais de nível superior: médico, enfermeiro e cirurgião-dentista.

Para este estudo foram utilizados os formulários 03, 04 e 05 do AMQ, que inclui a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família, segundo três grandes

dimensões. A dimensão “Unidade de Saúde” conta com 40 questões referentes à estrutura física, equipamentos, insumos e medicamentos. A dimensão “Consolidação do Modelo de Atenção” inclui 70 questões referentes aos seguintes temas: organização do trabalho em Saúde da Família; acolhimento, humanização e responsabilização; promoção da saúde; participação comunitária e controle social e, finalmente, ações gerais de vigilância à saúde. A dimensão de “Atenção à Saúde” inclui 88 questões referentes às ações de saúde para os distintos ciclos de vida, a saber: saúde de crianças, saúde de adolescentes, saúde de adultos (homens e mulheres), saúde de idosos e vigilância à saúde, com ênfase das doenças transmissíveis.

Também foram coletadas informações sobre a formação e capacitação dos profissionais na área de saúde da família e sobre o tempo de funcionamento das equipes de saúde.

As entrevistas com os profissionais foram conduzidas nas próprias unidades de saúde no horário de trabalho. A equipe de entrevistadores foi composta por duas enfermeiras e uma cirurgiã-dentista treinadas para a coleta de dados.

A análise e processamento dos dados foram realizados através do software *Statistical Package for Social Sciences - SPSS®* versão 16.0 *for Windows®*, computando-se o número de conformidades e não-conformidades para cada equipe em cada um dos eixos avaliados. Cada eixo representou, portanto, para cada equipe um escore de adequação à sub-dimensão avaliada, representado pelo número de conformidades ou concordância aos parâmetros apresentados no AMQ.

A média de cada um dos eixos foi comparada entre equipes com formação específica para atuação na ESF e equipes sem formação específica (aqui considerada como residência em medicina de família e comunidade e residência multiprofissional em saúde da família). As médias foram comparadas também entre as equipes com menos de 2 anos de implantação, consideradas mais jovens e com 2 anos ou mais de existência.

RESULTADOS

A coleta de dados foi concluída para 43 equipes, com a participação de 129 profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Em uma das equipes alocadas não foi possível a coleta de dados para as três categorias profissionais, sendo esta excluída da análise.

O desempenho geral das equipes da ESF, em relação às dimensões e subdimensões do AMQ, na percepção dos profissionais de saúde é apresentado na tabela 1, que aponta os valores mínimos e máximos obtidos pelas equipes (escores de conformidade). A tabela registra ainda o percentual de alcance da meta em cada um dos eixos. Nenhuma das equipes participantes atingiu pontuação máxima em todos os eixos de avaliação. Os piores escores foram observados para as subdimensões de participação comunitária e controle social e atenção à saúde do adolescente. O melhor desempenho médio das equipes foi para a subdimensão de vigilância à saúde para as doenças transmissíveis.

As características gerais das equipes revelaram que em 24 delas todos os profissionais possuíam formação específica para a ESF, sendo que os médicos concluíram a residência de medicina de família e comunidade e os enfermeiros e cirurgiões-dentistas concluíram a residência multiprofissional em saúde da família. O tempo aferido de existência das equipes nos territórios variou de um a 10,4 anos.

A análise comparativa entre as equipes completamente constituídas por profissionais com formação específica na área é registrada na Tabela 2. Observou-se diferenças estatisticamente significantes entre o desempenho das equipes tanto para a dimensão de consolidação do modelo, como para a dimensão de atenção à saúde, com melhores escores para as equipes que possuíam formação específica (residência médica ou multiprofissional em saúde da família).

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre o desempenho das equipes de acordo com o tempo de existência das mesmas.

DISCUSSÃO

Avaliação em saúde é tarefa tão necessária quanto complexa. No processo de expansão e consolidação em que se situa atualmente a ESF, a avaliação representa um compromisso dos gestores de saúde em todos os âmbitos. Existe, pois a necessidade de se compatibilizar instrumentos, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Para o próprio Ministério da Saúde, esta é uma premissa, sem a qual “torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde”¹³.

Os resultados mostraram que, de modo geral, existe uma percepção positiva das equipes da ESF, em relação ao seu desempenho para as dimensões avaliadas. Esse fato pode ser comprovado pela média geral de cada uma das subdimensões, que quase sempre revelou um percentual de conformidades acima de 50%. Em estudo realizado no Estado do Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2008) observaram, através de outros instrumentos, resultados similares aos observados neste estudo, ou seja, uma percepção positiva em relação ao desempenho das atividades ¹⁶.

É importante destacar algumas considerações sobre os resultados globais. Se por um lado existe um excelente desempenho de algumas equipes (percentual de concordância com os parâmetros avaliados de 100%), por outro lado, registrou-se uma completa falta de adequação aos parâmetros sugeridos pelo AMQ em outras equipes. Situação particularmente crítica foi registrada para os percentuais de alcance das conformidades em relação aos insumos e medicamentos, participação social e atenção à saúde do adolescente. Essa heterogeneidade no desempenho das atividades não parece ser uma particularidade do local do estudo, já tendo sido apontada em estudos anteriores ^{16,17}.

Particularmente em relação aos escores observados, é difícil estabelecer análises comparativas com outros estudos. A literatura nacional não registra muitos estudos sobre a utilização do AMQ ou registra experiências ainda restritas. Em São Paulo,

Venâncio, *et al.* (2008), estudando o processo de implantação do AMQ verificaram a necessidade de empenho dos gestores e a dificuldade dos profissionais de saúde no processo de preenchimento dos questionários¹⁸. Esses aspectos talvez estejam, de fato, comprometendo a difusão do AMQ e sua utilização como fonte de pesquisas científicas.

Sarti (2009), investigando o processo de implantação do AMQ no Estado do Espírito Santo, registrou a dificuldade de análise dos dados, uma vez que não existe definição no instrumento para a análise exploratória dos padrões de qualidade apresentados. Esta seria outra justificativa para a parca utilização do AMQ em estudos científicos¹⁹.

A literatura internacional, por outro lado, é abundante em estudos que empregam instrumentos similares ao AMQ, mas que não possibilitam comparações^{20,21,22}.

O presente estudo permitiu uma análise comparativa entre a percepção dos profissionais com residência na área de saúde da família (medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família) e sem essa formação específica. Os escores médios de conformidades das equipes com profissionais que têm residência em saúde da família mostraram-se sempre superiores às equipes sem residência, registrando-se diferenças estatisticamente significantes para as subdimensões acolhimento e humanização ($p = 0,020$), promoção da saúde ($p = 0,007$), saúde da criança ($p = 0,009$), saúde do adulto ($p = 0,003$) e saúde do idoso ($p = 0,017$). Segundo Gil (2005) as experiências promovidas pelas residências podem de fato representar a melhor oportunidade para uma reflexão em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais coerente com o que se propõe a ESF.

Compreende-se, portanto, que os resultados encontrados são coerentes com as afirmativas da autora. A pós-graduação na modalidade residência representa tanto para os médicos como para os enfermeiros e cirurgiões-dentistas maior adequação ao modelo assistencial proposto pela ESF²³. A literatura nacional também registra poucos estudos sobre o desempenho de equipes da ESF com residência específica

na área, apesar do próprio Ministério da Saúde considerá-la como padrão ouro no processo de formação de recursos humanos para a estratégia²⁴.

Não foram observadas diferenças entre os escores das equipes segundo o tempo de implantação. Em princípio, esses resultados contrariam a noção de que maiores vínculos com a comunidade ao longo do tempo refletiriam em melhor desempenho das equipes, conforme apontado em alguns estudos^{25,26}. Entretanto, resultado similar foi observado no estudo de Sarti (2009), em municípios do Estado do Espírito Santo, onde não se registrou melhores escores nas subdimensões do AMQ para as equipes com mais tempo de implantação, mesmo com diferentes pontos de corte. Para o autor não existe evidências consistentes que comprovem a relação entre o tempo de implantação e o processo de trabalho. De fato, a mudança do modelo assistencial parece apresentar uma relação maior com o perfil do profissional do que com o tempo de atuação do mesmo¹⁹.

Em síntese, a ESF no município avaliado apresenta um desempenho global satisfatório, segundo a percepção dos profissionais de nível superior que atuam nas equipes, que apresentam escores e percentuais de conformidades acima da média. O fato da subdimensão controle social ter apresentado um fraco desempenho na avaliação, pode ser explicado pela falta de reconhecimento das equipes do seu papel de estimular a participação comunitária. Assim, os profissionais atribuem esse fato à falta de mobilização comunitária e à baixa capacidade organizativa da comunidade e assimilam que isso foge da governabilidade da equipe. O estudo de Canesqui e Spinelli (2008) também mostrou desempenho insatisfatório das equipes para esse aspecto do processo de consolidação do modelo¹⁶.

De forma similar, as ações de saúde do adolescente também foram avaliadas e consideradas insatisfatórias pela maioria das equipes, com uma percentual global de conformidades de 43,8%. Esse fato pode ser justificado pela dificuldade de realizar atividades coletivas com este segmento etário e pelo fato das equipes não desenvolverem ações específicas direcionadas a esta população. Resultados similares foram observados em outros estudos^{16,19}.

Naturalmente, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser considerados no processo de interpretação e generalização dos dados. A primeira delas, inerente à própria proposta do projeto AMQ é o caráter auto-avaliativo, que pode induzir a erros no processo de aferição dos critérios de conformidade em relação aos padrões avaliados. A entrevista realizada de forma conjunta com os profissionais de nível superior das equipes buscou antecipar tal situação, considerando que a definição de conformidade passou a ser compartilhada por três categorias profissionais, limitando-se o juízo de valor pessoal nas respostas. Deve-se considerar também que, apesar dos possíveis vieses da auto-avaliação, alguns autores destacam o seu relevante papel para melhoria dos serviços de saúde, à medida que insere os profissionais no processo avaliativo e possibilita maior conscientização, envolvimento e identifica intervenções para reorganização das práticas^{16,27,28}.

Outro aspecto que deve ser destacado é referente à dificuldade de generalização dos dados e ao aspecto particular do desempenho das equipes avaliadas. Contudo, ressalta-se que este estudo apresentou uma perspectiva de auto-avaliação para as equipes onde identificou que esse processo é influenciado pela formação específica dos profissionais. O AMQ foi concebido como um instrumento para institucionalizar a avaliação na ESF, e não existem muitos registros na literatura nacional sobre o seu impacto. Alguns autores já apresentaram as dificuldades do seu processo de implantação¹⁸. Este estudo destaca a utilização do AMQ como ferramenta que permite ao gestor aferir o grau de comprometimento de suas equipes da ESF com a reformulação do modelo assistencial e com as ações de saúde desenvolvidas. Nesse sentido, permite ao gestor definir os aspectos mais críticos para uma intervenção mais precoce.

É possível perceber que, dentro do mesmo município as equipes experimentam significativa heterogeneidade tanto em relação às não conformidades para consolidação do modelo, como em relação às ações de saúde. De certa forma, esse gradiente de atuação possibilitará ao gestor identificar as equipes com maiores dificuldades de vinculação às diretrizes da ESF, já que muitas das não conformidades em relação a essas duas dimensões dizem respeito muito mais ao trabalho das equipes do que às ações do gestor.

CONCLUSÃO

Concluindo, os estudos sobre as intervenções para melhoria de qualidade têm revelado que a maioria tem efeitos altamente variáveis que dependem fortemente do contexto no qual eles são usados e da forma como elas são implementadas²⁰. A utilização do AMQ como proposto neste estudo permite uma identificação rápida das subdimensões que necessitam maior atenção e possibilita uma interação real entre os profissionais de saúde e a gestão dos serviços. Sem prejuízo da sua utilização como foi proposto pelo Ministério da Saúde, sugere-se novas pesquisas para divulgação e consolidação do instrumento, que pode ser de grande utilidade no atual momento para fortalecimento da atenção primária no País.

REFERÊNCIAS

1. Conil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):S7-S27.
2. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
3. Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviço e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de saúde: Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde; 2001.
5. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 777-788.
6. Henrique F, Calvo, MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):809-819.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Proposta de Estruturação de Atenção Básica; 2000.
8. Souza HM. O PSF como Indutor da Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica. *Rev Bras Saúde da Fam* 2002; 6: 10-15.

9. Lorenzo-Caceres AA, Otero PA. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81(2):131-145.
10. Donabedian, A. The quality of care-how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-1754.
11. Bostein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):725-731.
12. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1727-1742.
13. 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; 2005a.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: Documento Técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
15. Campos CEA. Estratégias de Avaliação e Melhoria da Contínua da Qualidade no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant* 2005; 5 (1): S63-S69.
16. Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; vol.24, n.4, pp. 862-870.
17. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3):303-11 303.
18. Venâncio SI, et al. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
19. Sarti TD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo Utilizando o Instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) [Dissertação de Mestrado]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
20. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Qual Saf Health Care* 2002; 11;85-87.

21. Thom, et al. A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. *IJQHC* 2004; Volume 16, Number 2: pp. 133–140.
22. Counte MA, Meurer S. Issues in the Assessment of Continuous Quality Improvement Implementation in Health Care Organizations. *IJQHC* 2001; Volume 13, number 3: pp. 197 – n207.
23. Gil, CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005: vol.21, n.2, pp. 490-498.
24. Brasil. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 3(1)
25. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*. New York: 2009, v. 99, n. 1, p. 87-93.
26. Macinko J, Guaianais, F. C; Souza, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Care Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J epidemiol* 2006; 60:13-9.
27. Felisberto, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004, vol.4, n.3, pp. 317-321. ISSN 1519-3829.
28. Costa GD, Cotta RM, Ferreira MLS, Reis JR , Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62:113-8.

Apêndices

Tabela 1: Auto-percepção de desempenho das equipes da ESF para as dimensões do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em Montes Claros (MG), 2008.

Dimensões	Sub-dimensões	Escore e percentuais de conformidade		
		Mínimo (%)	Máximo (%)	Média (%)
Infra-estrutura	Infra-estrutura e equipamentos	4 (16,7)	21 (87,5)	12,93 (53,9)
	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	0 (0,0)	16 (100,0)	10,16 (63,5)
Consolidação do Modelo	Organização do trabalho em saúde da família	9 (42,9)	21 (100,0)	15,63 (74,4)
	Acolhimento, humanização e responsabilização	3 (25,0)	12 (100,0)	8,67 (72,3)
	Promoção da saúde	3 (14,3)	18 (85,7)	12,77 (60,8)
	Participação comunitária e controle social	0 (0,0)	4 (100,0)	1,26 (31,5)
	Vigilância à saúde I: Ações gerais	3 (25,0)	12 (100,0)	8,88 (74,0)
Atenção à Saúde	Saúde da criança	11 (45,8)	24 (100,0)	18,88 (78,7)
	Saúde do adolescente	0 (0,0)	6 (100,0)	2,63 (43,8)
	Saúde de mulheres e homens adultos	18 (47,4)	38 (100,0)	27,53 (72,4)
	Saúde dos idosos	1 (14,3)	7 (100,0)	4,72 (67,4)
	Vigilância à saúde II: Doenças transmissíveis	6 (46,2)	13 (100,0)	11,26 (86,6)

Tabela 2: Distribuição do desempenho médio das equipes da ESF, em relação ao AMQ*, segundo o perfil de formação dos profissionais de nível superior, Montes Claros (MG), 2008.

Variáveis	Equipes com residência Média (dp)	Equipes sem residência Média (dp)	Teste "t"	p-valor
Organização do trabalho	16,29 (±2,93)	14,79 (±2,78)	1,709	0,095
Acolhimento e humanização	9,46 (±2,17)	7,68 (±2,65)	2,418	0,020
Promoção da saúde	14,04 (±2,93)	11,16 (3,70)	2,855	0,007
Participação comunitária e controle social	1,38 (±0,82)	1,11 (±1,49)	0,709	0,484
Vigilância à saúde I: Ações gerais	9,04 (±2,77)	8,68 (1,86)	0,504	0,617
Saúde da criança	20,04 (±3,03)	17,42 (3,20)	2,747	0,009
Saúde do adolescente	2,92 (±1,21)	2,26 (1,91)	1,298	0,204
Saúde do adulto	29,25 (±3,86)	25,37 (±4,31)	3,111	0,003
Saúde do idoso	5,29 (1,43)	4,00 (±1,97)	2,490	0,017
Vigilância à saúde II: Doenças transmissíveis	11,67 (±1,24)	10,74 (±1,94)	1,910	0,063

(*) Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Artigo 02

Modelo Assistencial e Indicadores de Qualidade da Assistência: Percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Care Model and Care Quality Indicators of: Perceptions of professionals in APS

José Mendes da Silva ¹

Antônio Prates Caldeira²

Autor para correspondência: Antônio Prates Caldeira. Avenida Cula Mangabeira n° 1562 – Santo Expedito Montes Claros – MG -39401-002 Telefones: (38) 3222 - 3879/9986-8621.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissionalizante em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – MG.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo verificar a adequação de equipes de saúde da família aos padrões de melhoria da qualidade propostos pelo Ministério da Saúde e sua correlação com as ações de atenção à saúde, segundo percepção dos profissionais de nível superior das equipes. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa realizada com utilização dos cadernos de auto-avaliação do instrumento de Avaliação pra Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) do Ministério da Saúde. Foram realizadas entrevistas conjuntas com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas em 43 equipes, utilizando os instrumentos de avaliação de consolidação do modelo assistencial e de atenção à saúde. Foram definidos os escores para cada uma das subdimensões avaliadas, segundo o número de conformidades aos padrões definidos no instrumento. De modo geral, registrou-se um desempenho satisfatório das equipes. Os escores mais baixos da dimensão de consolidação do modelo foram referentes à participação comunitária e controle social. Para a dimensão de atenção à saúde, os escores mais baixos foram relativos à atenção à saúde do adolescente. As subdimensões 'acolhimento, humanização e responsabilização' e 'promoção da saúde' mostraram-se estatisticamente associados com a atenção à saúde da criança, do adulto e do idoso. A subdimensão 'organização do trabalho em saúde da família' mostrou-se estatisticamente associada com a atenção à saúde da criança e do idoso. Não se registrou associação das subdimensões da consolidação do modelo com atenção à saúde do adolescente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Modelos assistenciais. Avaliação da qualidade.

ABSTRACT

This study was aimed at determining the adequacy of family health teams to the standards for quality improvement proposed by the Brazilian Ministry for Health, and its correlation with health care actions, according to the perceptions of graduated professionals in health teams. This is a descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach; it used guidelines of self-assessment from the *'Avaliação pra Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ* (an evaluation tool for quality improvement of family health strategy) of the Brazilian Ministry for Health. Joint interviews with physicians, nurses and dentists were carried out in 43 health teams; the evaluation tools for 'consolidation of care model' were used for such. Scores were defined for each of the subdimensions evaluated, according to the number of compliance defined in the tool. In general, there was a satisfactory performance of the health teams. The lowest scores for the dimension 'consolidation of model' were related to community participation, and social control. For the health care dimension, the lowest scores were related to adolescent health care. The subdimensions "welcoming, humanization, and accountability", and "health promotion" were statistically associated with the health care of children, adults and of the elderly. The subdimension "organization of work in family health" was statistically associated with the health care of children and of the elderly. An association between the subdimension 'consolidation of model' and adolescent health care' was not observed.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Care models. Evaluation of quality.

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, muitos países ocidentais iniciaram o processo de reforma sanitária conhecido como terceira geração das reformas do setor saúde, que na América Latina alcançou intensidade e características diferenciadas ¹. No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se, a partir de, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). A experiência bem sucedida dos Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste do país parece ter sido um fator desencadeante desse processo, dentro de um contexto político e de incentivo financeiro aos municípios, no Sistema Único de Saúde (SUS) ².

Historicamente marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, o sistema de saúde brasileiro carecia de mudanças profundas e radicais. Esse aspecto propiciou o desenvolvimento da atenção primária, através de equipes multiprofissionais, estratégica e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades. Reafirmando os princípios do SUS, o PSF se expandiu rapidamente e passou a assumir o *status* de “estratégia” ³. O número de equipes de saúde da família passou de pouco mais de duas mil equipes em 1998 para aproximadamente trinta mil equipes em 2008. A rápida expansão reafirmou a importância no novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde. A partir de então, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde. Sobretudo, porque a maioria dos profissionais que se integram às equipes de Saúde da Família ainda se formam dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde.

Discutindo a substituição do modelo tradicional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Teixeira destaca que além da dimensão técnico-assistencial, relacionadas às práticas de trabalho, outras dimensões devem ser envolvidas no processo de mudança. A autora aponta que os aspectos gerenciais ou político-institucionais e organizativos são também fundamentais no processo de mudança e afirma que a transformação do modelo exige a sinergia entre as três dimensões apresentadas ⁴.

Discussões similares são necessárias para resgatar o nível de transformação do modelo assistencial que a ESF tem alcançado. Não há dúvidas de que, ao longo dos últimos anos a ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no País^{5,6,7}. Todavia, não é possível afirmar de forma absoluta que a implementação da estratégia implicou em efetiva reestruturação do modelo^{4,8}. Tampouco é possível perceber, sem ferramentas avaliativas adequadas, os alcances e limites da estratégia.

Seguramente, a expansão da estratégia propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários⁹. Esse fato, todavia, não implica em mudança dos processos de trabalho desses profissionais, que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica desenvolvem parcamente os atributos da atenção primária¹⁰.

O Ministério da Saúde apresentou em 2005 uma proposta de avaliação formativa específica para a ESF, dirigida aos diversos atores envolvidos¹¹. Focada na auto-avaliação e apresentando padrões de referência para a organização dos serviços, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) não se constitui em uma atividade final, mas uma atividade-meio, que estimula e orienta para alcance da qualidade dos serviços.

A literatura nacional apresenta poucas referências sobre o tema e as experiências de utilização dos instrumentos propostos também carecem de maior divulgação e padronização. Assim, embora os instrumentos apresentem cinco estágios de desenvolvimento da estratégia (Elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado), a definição de escores e o estabelecimento de pontos de cortes específicos não são claros e não possibilitam ranqueamento das equipes. Apesar de tais limitações, o instrumento tem o mérito incontestável de apresentar padrões de referência de qualidade a serem atingidos. Cultiva de tal forma, a busca da excelência, mais do que o simples inquérito avaliativo.

O instrumento proposto pelo Ministério da Saúde apresenta duas dimensões específicas para auto-avaliação das equipes de saúde da família (Consolidação do modelo de atenção e Atenção à saúde). O presente estudo teve como objetivo

identificar o percentual de desenvolvimento das dimensões apresentadas, estabelecendo correlação entre ambas. Esse aspecto permitirá conhecer, através da percepção das equipes de saúde o quanto a consolidação do novo modelo assistencial se associa com as ações de saúde desenvolvidas por tais equipes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado através de um inquérito entre os profissionais das equipes da ESF, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, ao Norte do Estado de Minas Gerais. Com uma população estimada superior a 360 mil habitantes, a cidade é o principal pólo urbano regional.

Informações pertinentes a este estudo são aquelas referentes à assistência dos serviços de atenção primária no município. A cidade conta com 49 equipes de saúde da família, (44 localizados na zona urbana e 05 na zona rural), 15 equipes de Agentes Comunitários de Saúde e 14 centros de saúde, sendo estes responsáveis pela população que não possui cobertura da ESF.

Não houve cálculo amostral, pois o estudo faz parte de um projeto amplo que incorpora todas as equipes de saúde. A coleta de dados foi realizada com as três categorias de profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista) que atuam nas unidades da ESF da zona urbana do município.

Para o presente estudo a coleta de dados utilizou os formulários 4 e 5 do projeto AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, do Ministério da Saúde, referentes às dimensões de consolidação do modelo e Atenção à Saúde.

A dimensão “Consolidação do modelo de atenção” inclui 70 questões referentes aos seguintes temas: Organização do trabalho em Saúde da Família; Acolhimento, humanização e responsabilização; Promoção da Saúde; Participação comunitária e controle social e Vigilância à saúde.

A dimensão de “Atenção à Saúde” inclui 88 questões referentes aos resultados das ações sobre os distintos ciclos de vida, a saber: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto (homens e mulheres), saúde do idoso e também informações sobre a vigilância às doenças infecto-contagiosas.

As entrevistas com os profissionais foram conduzidas nas próprias unidades de saúde em horário de trabalho. A equipe de entrevistadores era composta por duas enfermeiras e um cirurgião-dentista treinados para a coleta de dados.

Os dados foram processados através do software *SPSS for Windows*[®], versão 16.0. Após computados os dados, verificou-se a correlação entre os escores das subdimensões de “consolidação do modelo” com os escores das subdimensões de “atenção à saúde” através do coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância admitido foi de 5%. A normalidade dos escores de cada subdimensão foi aferida através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi realizado após manifestação explícita de apoio dos gestores de saúde local e após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

RESULTADOS

A coleta de dados foi concluída para 43 equipes, com a participação de 129 profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Em uma das equipes alocadas não foi possível a coleta de dados para as três categorias profissionais, sendo esta excluída da análise.

O desempenho geral das equipes da ESF em relação às dimensões e subdimensões do AMQ, na percepção dos profissionais de saúde, é apresentado na tabela 1, que aponta os valores mínimos e máximos obtidos pelas equipes (escores de conformidade). A tabela registra ainda o percentual de alcance da meta em cada um dos eixos ou subdimensões. Nenhuma das equipes participantes atingiu pontuação máxima em todos os eixos de avaliação.

Os escores mais baixos da dimensão de consolidação do modelo foram referentes à participação comunitária e controle social. Para a dimensão de atenção à saúde, os escores mais baixos foram relativos à atenção à saúde do adolescente.

As características gerais das equipes revelaram que em 24 delas todos os profissionais possuíam formação específica para a ESF, sendo que os médicos concluíram a residência de família e comunidade e os enfermeiros e cirurgiões-dentistas concluíram a residência multiprofissional em saúde da família. O tempo aferido de existência das equipes nos territórios variou de um a 10,4 anos.

A tabela 2 apresenta os resultados das correlações estabelecidas entre as dimensões de consolidação do modelo e de atenção à saúde. As subdimensões ‘acolhimento, humanização e responsabilização’ e ‘promoção da saúde’ mostraram-se estatisticamente associados com a atenção à saúde da criança, do adulto e do idoso.

A subdimensão ‘organização do trabalho em saúde da família’ mostrou-se estatisticamente associada com a atenção à saúde da criança e do idoso. Não se registrou associação das dimensões da consolidação do modelo com atenção à saúde do adolescente.

DISCUSSÃO

Registrou-se através do presente estudo uma correlação positiva entre a consolidação do modelo assistencial e as ações de atenção à saúde para a criança, para o adulto e para o idoso. A correlação observada indica que as equipes com maior adequação ao novo modelo de assistência proposto pela ESF apresentam melhores resultados nas ações de atenção à saúde, traduzidos em maiores escores nas subdimensões avaliadas. A adequação ao modelo e as ações de atenção à saúde estão bem definidas nos instrumentos do AMQ e representam padrões de qualidade a serem assumidos por todas as equipes. Não se observou associação estatisticamente significativa entre as subdimensões de consolidação do modelo e a atenção à saúde do adolescente.

É certo que a ESF ainda enfrenta graves problemas para definir um novo modelo assistencial no País. Existem questionamentos sobre a prática cotidiana das equipes e alguns autores afirmam que as estruturas atuais ainda se mantêm permeáveis ao modelo biomédico tradicional, com reflexo negativo sobre os resultados dessas equipes^{12,13}. O presente estudo corrobora essa assertiva ao registrar que maiores escores na dimensão de consolidação do modelo estão associadas a maiores escores nos resultados dos processos de trabalho das equipes.

Modelos assistenciais em saúde devem ser compreendidos como um conjunto de atividades técnicas e tecnologias que têm o objetivo de atender as necessidades de saúde de uma população. Enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelas equipes da ESF, a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença não será transformada. É preciso que os próprios integrantes das equipes assimilem a estratégia como uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe de saúde^{12,14}.

Os resultados apontam ainda algumas questões críticas que precisam ser mais bem conhecidas e discutidas no âmbito da ESF. De modo geral, existe uma percepção positiva das equipes sobre sua atuação. Outros autores já registraram que as equipes de saúde tendem a julgamentos semelhantes sobre o próprio desempenho, conforme o estudo realizado no Estado do Mato Grosso¹⁵. De forma similar aos resultados do presente estudo, os autores registraram que médicos e enfermeiros atribuem elevados graus de aderência aos propósitos inovadores da ESF. Notifica-se, entretanto, que o instrumento utilizado referia-se aos propósitos da ESF de forma genérica, enquanto a utilização do AMQ apresenta padrões bem definidos de atuação das equipes.

É importante registrar que outros autores já registraram fraco desempenho das equipes de saúde da família em relação aos eixos de “participação comunitária e controle social” e “atenção à saúde do adolescente”^{15,16}, assim como apontado no presente estudo a partir dos baixos escores das equipes em relação a esses itens. Sobre a participação comunitária, as equipes parecem considerá-la um atributo mais

dependente da comunidade do que das suas ações. Todavia, uma análise mais criteriosa dos parâmetros do AMQ para essa subdimensão permite verificar que as ações apresentadas são pertinentes às equipes de saúde da família que, de fato, almejem a transformação do modelo assistencial. Registra-se, pois que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária para a consolidação do novo modelo assistencial.

Em relação à dimensão de atenção a saúde, o fraco desempenho de ações voltadas à saúde do adolescente observado no presente estudo já foi apontado em pesquisa anterior¹⁵. As ações de atenção à saúde do adolescente ainda são recentes em todo o País e podem justificar esses resultados. Outro aspecto que pode justificar o resultado observado é que o AMQ possui apenas seis parâmetros para aferir a qualidade da assistência ao adolescente e esse dado pode representar uma limitação do próprio instrumento de coleta de dados.

Os resultados do presente estudo devem ser abordados à luz de algumas considerações sobre suas limitações. Uma delas é inerente à própria utilização do instrumento AMQ, que é um instrumento de auto-avaliação. Alguns estudos registram que em estudos de auto-avaliação os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações, em relação aos usuários^{17,18}. É possível que esse viés também exista no presente estudo, embora a entrevista realizada de forma conjunta com os profissionais de nível superior das equipes tenha buscado evitar tal situação, pois a definição de conformidade passou a ser compartilhada por três categorias profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), limitando-se o juízo de valor pessoal nas respostas. Ressalta-se ainda que é importante a realização de estudos de avaliação com a participação dos atores implementadores do processo, conforme aponta Canesqui e Spinelli, pois eles podem expressar adesão ou resistências em relação a nova estratégia¹⁵. Na verdade a percepção de tais atores sociais pode ser bastante útil para ajustes no novo modelo. Estudo realizado no Piauí revelou que os médicos e enfermeiros da ESF não percebiam mudanças no modelo assistencial e repetiam as práticas da assistência fragmentada focada na doença¹⁹.

É preciso considerar ainda que os resultados do presente estudo traduzem uma particularidade do grupo de profissionais de nível superior da ESF do município avaliado. Esses profissionais apresentam um perfil diferenciado, em relação ao que se observa na maior parte do Brasil, pois mais da metade deles possui formação específica, com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família. Salienta-se que a formação de recursos humanos para a ESF representa um aspecto crítico do processo de transformação do modelo assistencial^{12, 20}.

De acordo com Gil, as experiências promovidas pelas residências podem representar a melhor oportunidade para uma reflexão em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais coerente com o que se propõe a ESF. Novos estudos são necessários para a consolidação das evidências de que o processo de formação dos recursos humanos pode interferir favoravelmente para transformação do modelo assistencial na ESF e traduzir-se em bons indicadores de saúde para a população.

REFERÊNCIAS

- 1 Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. Rev Panam Salud Publica 2009;25(1):84–92.
- 2 Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Sup 1:S7-S27.
- 3 Ministério da Saúde. Portaria no. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; 2006.
- 4 Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública 2002; 18(Supl):153-162.
- 5 Macinko J, Guaianais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Care Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J epidemiol 2006; 60:13-9.

- 6 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(3):669-81.
- 7 Roncalli AG, Lima KC. Impacto de Programas de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Rev C S Col* 2006; 11(3):713-24.
- 8 Solla J, Menezes G. Municipalização plena do sistema de saúde: construindo um sistema público e gratuito de atenção à saúde em Vitória da Conquista. *Rev C S Col* 2000; 5:17.
- 9 Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):90-9.
- 10 Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19: 303–317.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 110 p.
- 12 Costa GD, Cotta RM, Ferreira MLS, Reis JR , Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.
- 13 Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Rev Interface-Comun Saúde Educ* 2005; 8(16): 9-24.
- 14 Senna MCM, Coehn MM. Health care model and the Family Health Strategy in the local level: analysis of an experience. *Cien Saúde Coletiva* 2002; 7:523-35.
- 15 Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24:862-70.
- 16 Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ver C S Col* 2005; 10:323-31.
- 17 Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Gomes A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social em São Paulo. *Rev C S Col* 2006; 11:633-41.
- 18 Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima, AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção

básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008, 24(1): 148-58.

19 Pedrosa, JIS, Teles, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35(3):303-11 303.

20 GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública 2005, 21(2): 490-498.

TABELAS

Tabela 1: Auto-percepção de desempenho das equipes da ESF para as dimensões do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em Montes Claros (MG), 2008.

Dimensões	Sub-dimensões	Escores e percentuais		
		Mínimo N (%)	Máximo N (%)	Média N (%)
Consolidação do Modelo	Organização do trabalho em Saúde da Família	9 (42,9)	21 (100,0)	15,63 (74,4)
	Acolhimento, humanização e responsabilização	3 (25,0)	12 (100,0)	8,67 (72,3)
	Promoção da saúde	3 (14,3)	18 (85,7)	12,77 (60,8)
	Participação comunitária e controle social	0 (,0)	4 (100,0)	1,26 (31,5)
	Ações gerais de vigilância em saúde	3 (25,0)	12 (100,0)	8,88 (74,0)
Atenção à Saúde	Saúde da criança	11 (45,8)	24 (100,0)	18,88 (78,7)
	Saúde do adolescente	0 (0,0)	5 (83,3)	2,63 (43,8)
	Saúde de mulheres e homens adultos	18 (47,4)	38 (100,0)	27,53 (72,4)
	Saúde dos idosos	1 (14,3)	7 (87,5)	4,72 (59,0)
	Vigilância às doenças transmissíveis	6 (46,2)	13 (100,0)	11,26 (86,6)

Tabela 2: Correlação entre os escores das dimensões de consolidação do modelo e da assistência à saúde na percepção dos profissionais das equipes da ESF; Montes Claros (MG), 2009.

Dimensão de Atenção à Saúde	criança		adolescente		adulto		idoso	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Dimensão de Consolidação do modelo								
Organização do trabalho em Saúde da Família	0,497	0,001*	0,098	0,530	0,193	0,216	0,325	0,034*
Acolhimento, humanização e responsabilização	0,600	0,000*	0,269	0,082	0,314	0,040*	0,348	0,022*
Promoção da Saúde	0,475	0,001*	0,124	0,426	0,311	0,043*	0,460	0,002*
Participação comunitária e controle social	0,230	0,138	0,027	0,862	0,162	0,298	0,403	0,007*
Ações gerais de vigilância em saúde	0,302	0,049*	0,159	0,309	0,172	0,270	0,270	0,080

r = Coeficiente de Correlação de Pearson

p = Nível de significância

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expansão rápida da ESF não foi acompanhada na mesma velocidade pela formação de profissionais aptos para esse novo cenário de trabalho, que exige incorporação dos preceitos de trabalho em equipe, construção de vínculo e responsabilização com a população, o reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão, a intervenções sobre as condições de vida, integração e mobilização intersetorial²⁵. Destacando a importância da residência em saúde da família, nota-se que a formação específica oferece aos profissionais egressos da graduação a oportunidade de inserção mais profunda na área da saúde da família. Mais do que o fornecimento de informações, propicia a inserção e a vivência do profissional no campo de prática. É natural que esse processo culmine, pois, com a formação de profissionais mais comprometidos com a ideologia da estratégia.

O AMQ foi concebido como um instrumento para institucionalizar a avaliação na ESF, porém não existem muitos registros na literatura nacional sobre a sua utilização. Em São Paulo, Venâncio *et al.* (2008), estudando o processo de implantação do projeto verificou a necessidade de maior empenho dos gestores e a dificuldade dos profissionais de saúde no processo de preenchimento dos questionários²². Esses aspectos talvez estejam de fato comprometendo a difusão do AMQ e sua utilização como fonte de pesquisas científicas. Sarti (2009), investigando o processo de implantação do AMQ no Estado do Espírito Santo, registrou a dificuldade de análise dos dados, uma vez que não existe definição no instrumento para a análise exploratória dos padrões de qualidade apresentados²³. Esta seria outra justificativa para os poucos registros de utilização do AMQ em estudos científicos. Em outros países as iniciativas para melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde também têm sido implantadas com dificuldades e também têm sido pouco avaliadas^{26,27}. Alguns autores discutem que mesmo a definição do que seria melhoria contínua da qualidade é pouco explorada pela literatura, mas reconhecem que a heterogeneidade das variáveis dificulta análises mais acuradas²⁷. Todavia, a literatura registra como consenso a necessidade de novos estudos na área, sobretudo como forma de promover a cultura da qualidade.

Este estudo destacou a utilização do AMQ como ferramenta que permite ao gestor aferir o grau de comprometimento de suas equipes da ESF com a reformulação do modelo assistencial

e com as ações de saúde desenvolvidas. Nesse sentido, permite ao gestor definir os aspectos mais críticos para uma intervenção mais precoce.

É possível perceber que, dentro do mesmo município as equipes experimentam significativa heterogeneidade tanto em relação às não conformidades para consolidação do modelo, como em relação às ações de atenção à saúde. De certa forma, esse gradiente de atuação possibilitará ao gestor identificar as equipes com maiores dificuldades de vinculação às diretrizes da ESF, já que muitas das não conformidades em relação a essas duas dimensões dizem respeito muito mais ao trabalho das equipes do que às ações do gestor.

Como projeto de um Mestrado Profissional em Cuidados Primários, acredita-se ser de fundamental importância o retorno dos dados coletados e analisados para as equipes que propiciaram a realização da pesquisa de campo. Nesse sentido, produziu-se um relatório com os principais resultados que será enviado para cada uma das equipes (APÊNDICE B). Resguardando-se o sigilo das informações, nesse relatório as equipes são identificadas por números que apenas o grupo de profissionais da equipe reconhece como próprio.

Ações desse tipo são importantes, pois os resultados destacaram também a necessidade de maior envolvimento das equipes com a ESF e com as suas comunidades. Embora, a priori, a subdimensão de controle social e participação comunitária pareça um atributo mais dependente da comunidade do que das equipes, uma análise mais criteriosa dos parâmetros permite verificar que as ações apresentadas são pertinentes às equipes de saúde da família que, de fato, almejem a transformação do modelo assistencial.

Os resultados do presente estudo poderão ser utilizados como subsídios para revisão do instrumento pelo Ministério da Saúde. Dificuldades apontadas em outros estudos no processo de aplicação do instrumento também foram identificadas neste trabalho. A dicotomização das respostas de adequação aos parâmetros “sim” e “não” poderia ser substituída por respostas que apresentem uma graduação de adequação. Modelos de escala tipo *Likert*, por exemplo, poderiam apresentar a possibilidade de adequação parcial aos parâmetros.

É certo que o projeto AMQ não atingirá seus objetivos a partir do simples processo de aferição do “estado da arte” das equipes. É preciso que esse passo seja imediatamente seguido das iniciativas necessárias para que seja feitos os ajustes devidos. Espera-se que esse tenha

sido o passo inicial de uma série de estudos na área de avaliação para melhoria da qualidade da ESF em Montes Claros. A cidade, berço do Sistema Único de Saúde carece, como a maioria dos municípios do País de ações concretas para assistência de saúde de maior qualidade e de forma mais humanizada.

5 REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviço e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Conil, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(1):7-27,.
3. OMS (Organização Mundial de Saúde). De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2001. p.3-12.
4. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS, Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
5. World Helth Organization. Primary Health Care. Geneva, WHO; 1978.
6. Brasil. Ministério da saúde. Gestão Municipal de saúde: Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde; 2001.
7. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12(3):777-788.
8. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(4):809-819.
9. Ministério da Saúde. Portaria no. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Proposta de Estruturação de Atenção Básica; 2000.
11. Souza HM. O PSF como Indutor da Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica. Rev Bras Saúde Fam 2002; 6:10-15.
12. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care . The Milbank Quarterly, Volume 83, Number 4, December, 2005; (39): 691-729.

13. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*; 1984.
14. Lopes RM, Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (2): 283-297.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003a). Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – Brasília; 2005.
17. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997: 29-48.
18. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Rev C S Col* 2006; 11(3):725-731.
19. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1727-1742.
20. Facchini LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(3): 669-681.
21. Campos CEA. Estratégias de Avaliação e Melhoria da Contínua da Qualidade no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 (Supl 1): S63-S69.
22. Venâncio SI, et al. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
23. Sarti TD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo Utilizando o Instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

(AMQ) [Dissertação de Mestrado]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

24. Kloetzel K, et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(3): 263-268.
25. Costa GD, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1): 113-118.
26. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Qual. Saf. Health Care* 2002; 11;85-87.
27. Counte MA, Meurer S. Issues in the Assessment of Continuous Quality Improvement Implementation in Health Care Organizations. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13(3): 197-207.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização do Município de Montes Claros – MG.

Autorização

Eu, Jussara Melo, Secretária de Saúde do Município de Montes Claros – MG autorizo o desenvolvimento da pesquisa “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”, através de observações, coleta de dados, questionários e entrevistas com os gestores de saúde e os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família do referido município, resguardando a eles o livre direito de participação.

Montes Claros-MG, 13 de outubro de 2008.



Dra. Jussara Melo
Secretária Municipal de Saúde
SUS/SMS - Montes Claros - MG

Assinatura

APÊNDICE B – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família:
Consolidado para as Equipes de Saúde da Família do Município de Montes Claros – MG.

Gráfico 1

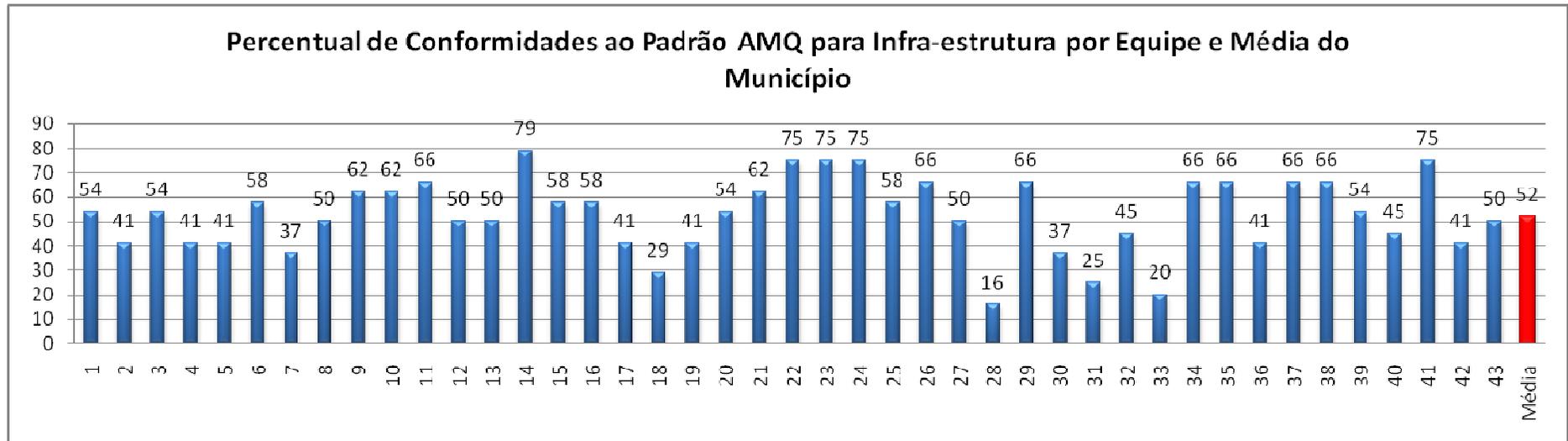


Gráfico 2

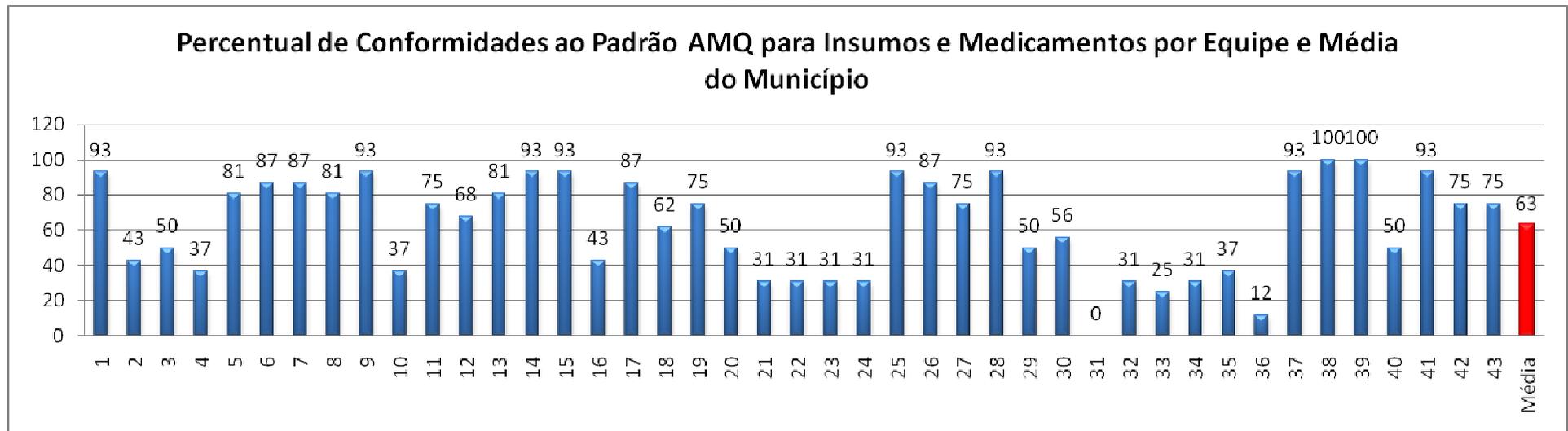


Gráfico 3

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Organização de Trabalho por Equipe e Média do Município

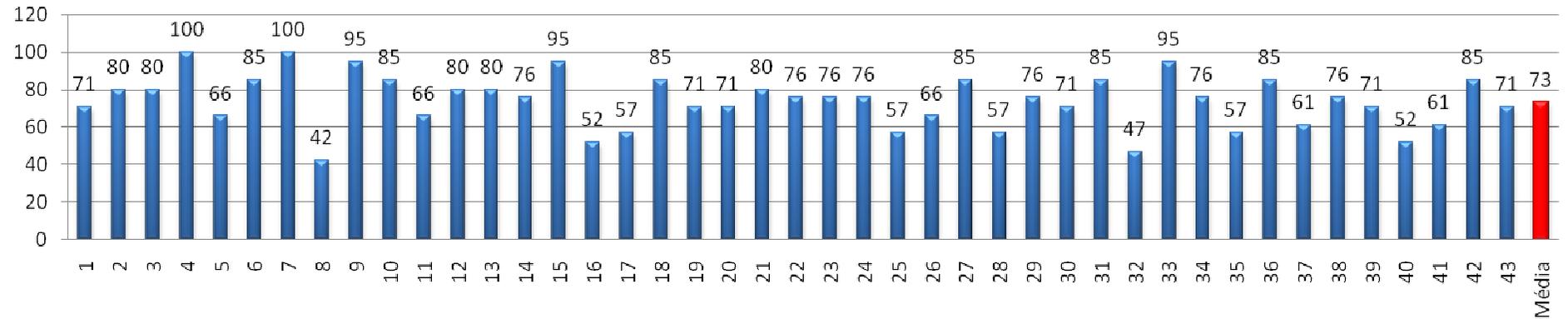


Gráfico 4

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Acolhimento, Humanização e Responsabilização por Equipe e Média do Município

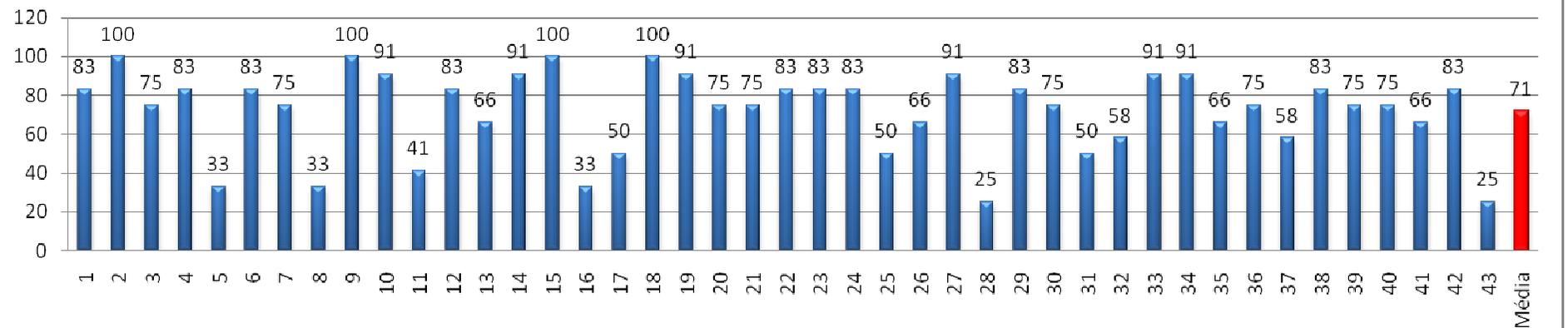


Gráfico 5

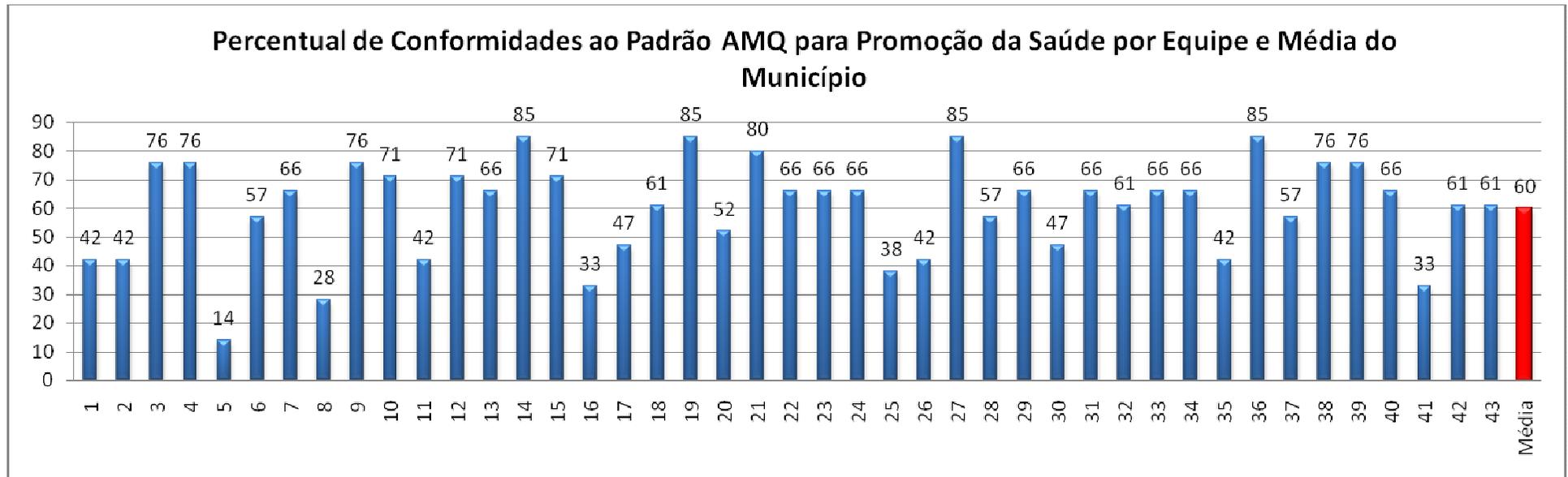


Gráfico 6

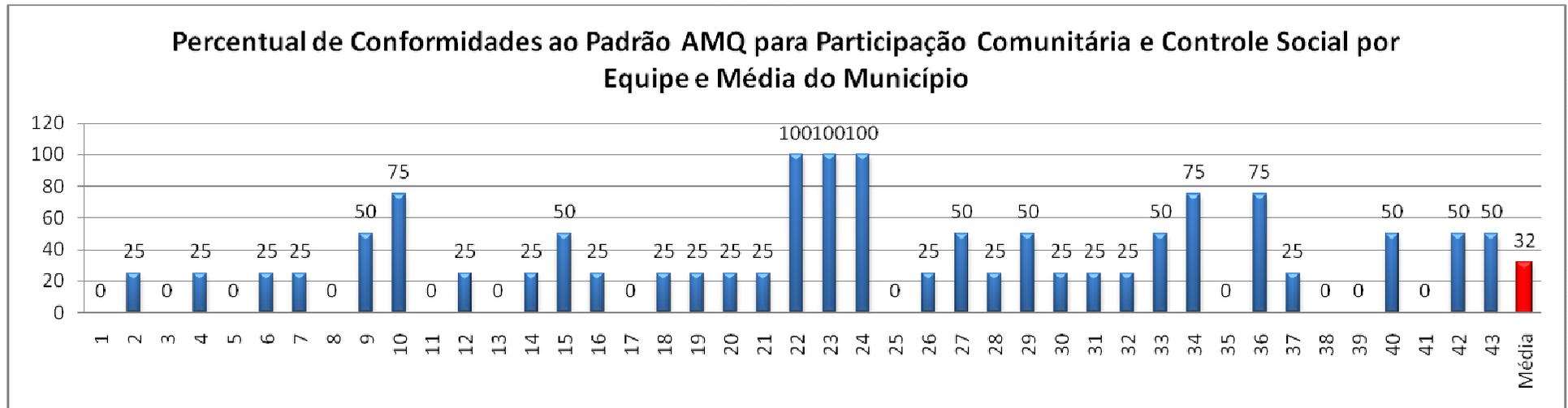


Gráfico 7

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Vigilância à Saúde (Ações Gerais) por Equipe e Média do Município

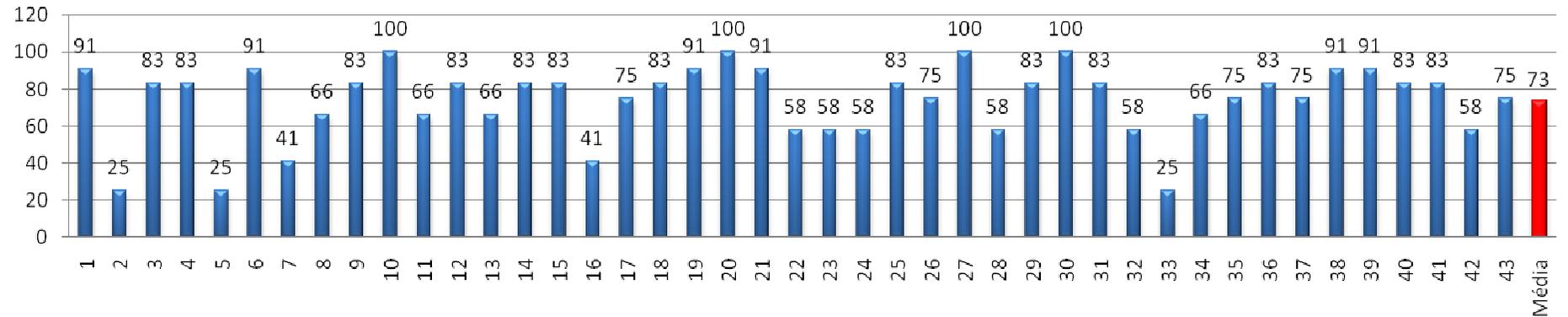


Gráfico 8

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Saúde de Crianças por Equipe e Média do Município

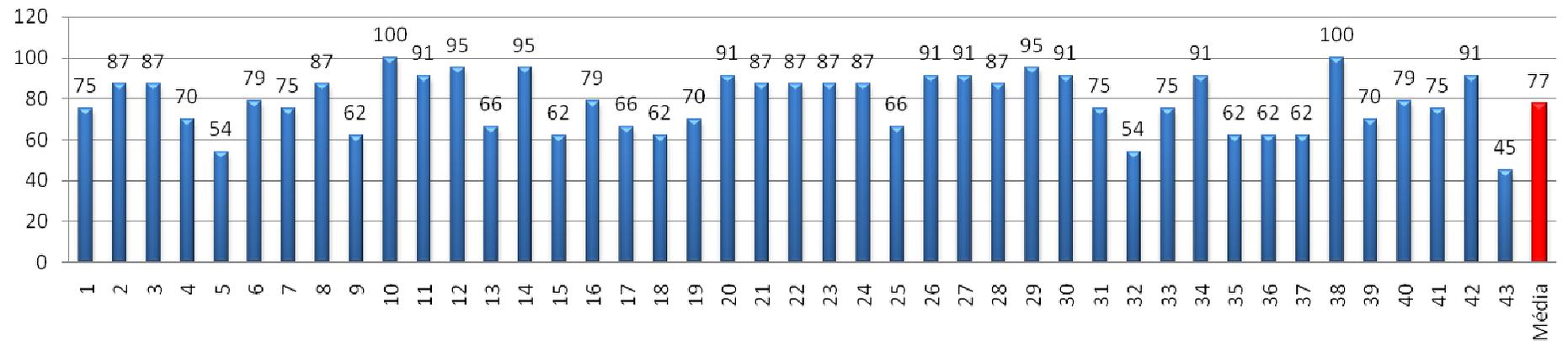


Gráfico 9

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Saúde de Adolescentes por Equipe e Média do Município

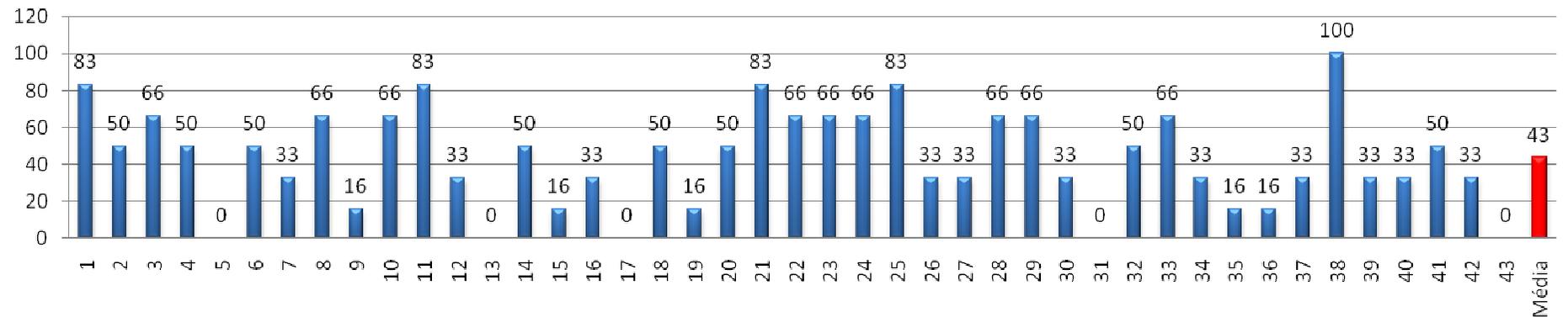


Gráfico 10

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Saúde de Mulheres e Homens Adultos por Equipe e Média do Município

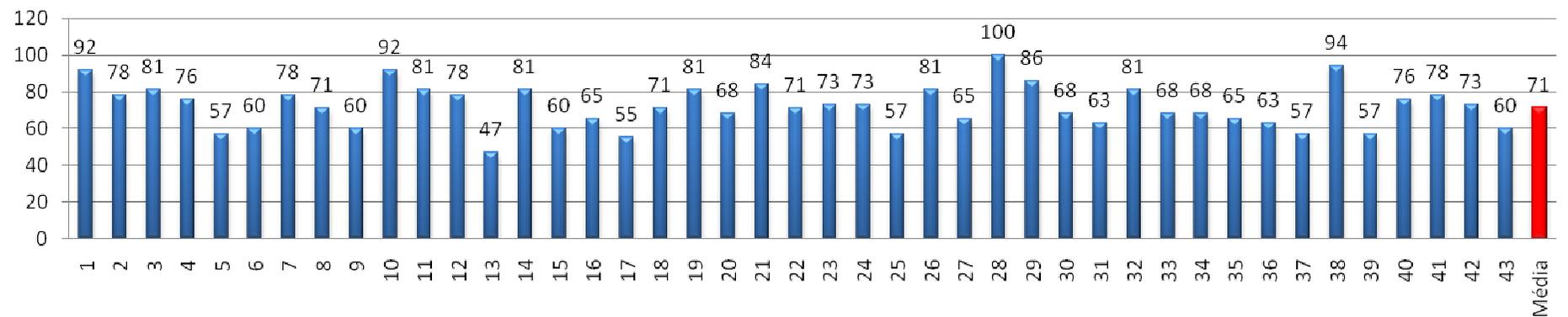


Gráfico 11

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Saúde de Idosos por Equipe e Média do Município

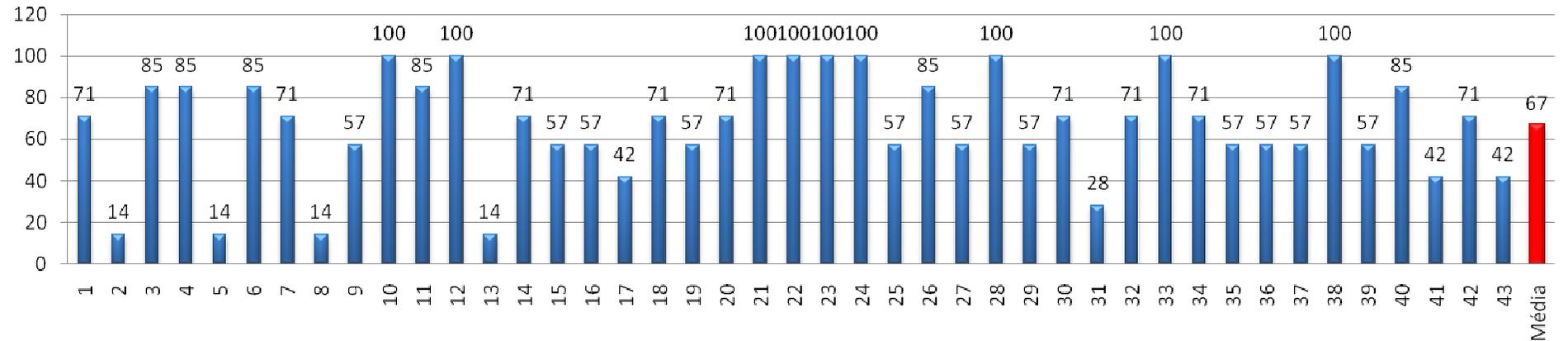
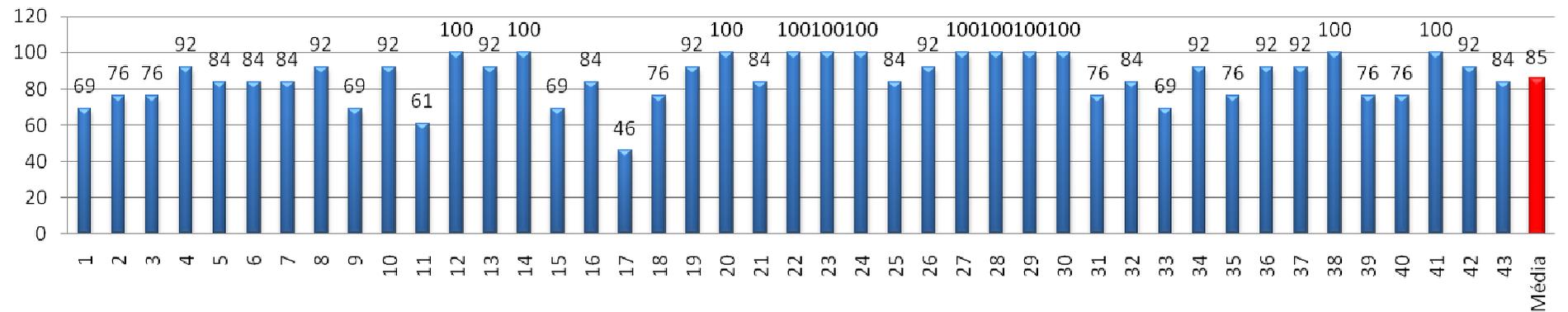


Gráfico 12

Percentual de Conformidades ao Padrão AMQ para Vigilância à Saúde II (Doenças Transmissíveis) por Equipe e Média do Município



ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 06 de julho de 2008.

Processo N.º 1080

Título do Projeto: **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**

Coordenador: **Prof. Antonio Prates Caldeira**

Relatora: **Profa. Vera Lucia Mendes Trabbold.**

Histórico

A atenção primária à saúde foi definida como a atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio do seu desenvolvimento. O Programa de Saúde da Família surge como uma estratégia de organização da atenção primária em 1994, em territórios definidos, com 2500 a 4800 pessoas, com uma equipe de saúde desenvolvendo ações de vigilância da saúde. O presente trabalho tem como foco da análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais, e tem como objetivo investigar a qualidade da atenção primária em saúde, realizada pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Montes Claros. Este estudo será realizado utilizando Instrumento validado pelo Ministério da Saúde e recomendado para aplicação nos Municípios.

Mérito

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família oferece instrumentos específicos para este modelo de atenção, possibilitando que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico (Ministério da Saúde 2005 a). A relevância social do projeto é garantir a qualidade dos serviços aos usuários do SUS, com efetividade das ações, a fim de produzir impacto na saúde da população. A relevância científica é desenvolver e aprimorar instrumentos eficazes para medir e avaliar a qualidade da assistência à saúde, e servir de subsídios para a pesquisa nos serviços de saúde.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 1080, e entende que o mesmo está adequado. Sendo assim, somos pela **Aprovação** do projeto de pesquisa.

Prof.ª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título pesquisa: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Pesquisador: José Mendes da Silva

Atenção

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Essa declaração descreve o objetivo, a metodologia/procedimentos, os benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos disponíveis a você, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

Objetivo – Avaliar os estágios da qualidade da Estratégia Saúde da Família no Município de Montes Claros, e propor intervenções para melhoria da qualidade.

1. Metodologia/procedimentos – A metodologia será a Análise da Estratégia Saúde da Família e associação aos padrões de qualidade propostos pelo instrumento: **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ, que são assim classificados: Padrão E – Qualidade Elementar; Padrão D – Qualidade Em Desenvolvimento; Padrão C – Qualidade Consolidada; Padrão B – Qualidade Boa; Padrão A- Qualidade Avançada.** Você terá que responder um questionário. Os dados serão analisados posteriormente, preservando o anonimato e a confidencialidade das informações.

2. Justificativa – Os dados, depois de tabulados e analisados nesta pesquisa, servirão para indicar a situação da atenção primária à saúde no município de Montes Claros.

3. Benefícios - Fornecer diretrizes para desenvolvimento de ações que envolvam a participação dos gestores municipais e profissionais no sentido de prestar serviços de saúde cada vez mais eficientes e eficazes à população montesclareense.

4. Desconfortos e riscos – não há riscos e nem desconfortos.

5. Danos – não se aplicam.

6. Metodologia/ Procedimentos alternativos disponíveis – não se aplicam.

7. Confidencialidade das informações – os dados serão utilizados especificamente para os propósitos descritos no projeto de pesquisa e serão tomadas as medidas necessárias para garantir proteção e confidencialidade às informações obtidas. As pessoas que participarem da pesquisa não serão identificadas pelo nome.

8. Compensação/indenização – não se aplicam.

9. Consentimento - Li e entendi as informações precedentes. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário será assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do pesquisado	_____ Data	_____ Assinatura do Pesquisado
_____ Nome da Testemunha	_____ Data	_____ Assinatura da Testemunha
_____ Nome do Pesquisador	_____ Data	_____ Assinatura do Pesquisador

ANEXO C – Instrumento 3

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	PB	E	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.	(S) (N)
Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização freqüente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).				
3.2	PB	E	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	(S) (N)
O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.				
3.3	PB	E	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.	(S) (N)
Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade, além das referências culturais das usuárias.				
3.4	PB	E	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	(S) (N)
Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.				
3.5	PB	E	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	(S) (N)
O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspidora 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).				
3.6	PB	E	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	(S) (N)
O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.				
3.7	PB	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.				
3.8	PB	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.				

Q Desenvolvimento

3.9	PB	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.				

3.10	PB	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.				

Q Consolidada

3.11	PB	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.				

3.12	PB	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.				

3.13	PB	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.				

3.14	>100	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.				

3.15	>100	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).				

3.16	PB	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.				

3.17	PB	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.				

3.18	PB	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.				

3.19	PB	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.				

3.20	PB	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.				

3.21	PB	C	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.				

Q Boa

3.22	>100	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.				

Q Avançada

3.23	>100	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 (estabelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.				

3.24	PB	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.				

Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
--

Q Elementar

3.25	PB	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				

3.26	PB	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.				

3.27	PB	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.				

3.28	PB	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.				

Q Desenvolvimento

3.29	PB	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, termômetro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.30	PB	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.				

3.31	PB	D	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular da 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.				

3.32	PB	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.				

3.33	PB	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 tratamento instituído.				

3.34	PB	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.				

3.35	PB	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.				

Q Consolidada

3.36	PB	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.				

3.37	PB	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.				

B Boa

3.38	PB	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.				

3.39	PB	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.				

Q Avançada

3.40	PB	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.				

ANEXO D – Instrumento 4

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

4.1	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.			

4.2	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.			

4.3	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.			

4.4	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

4.5	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.			

4.6	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.			

4.7	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.			

4.8	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.			

4.9	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.			

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.			

Q Boa

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 <i>mapas vivos</i> .			

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 <i>placar da saúde</i> , <i>painel de saúde</i> ou ainda <i>quadro ou sala de situação</i> , 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.			

Acolhimento, Humanização e Responsabilização
--

Q Elementar

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.			

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.			

Q Desenvolvimento

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.			

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.			

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 co-responsabilidade 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	B	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.			

Q Avançada

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.			

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.			

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.			

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, benzedeiros, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.			

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.			

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.			

Q Consolidada

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 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

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Q Elementar

4.59	E	A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população.	(S) (N)
<p>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).</p>			

4.60	E	Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população.	(S) (N)
<p>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)</p>			

4.61	E	Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de <i>Aedes aegypti</i> .	(S) (N)
<p>O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos focos domiciliares de criação do <i>Aedes aegypti</i> 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.</p>			

4.62	E	A ESF realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Desenvolvimento

4.63	D	A ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose.	(S) (N)
<p>Ações para a detecção de tuberculose são realizadas, incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos (tosse crônica).</p>			

4.64	D	A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.	(S) (N)
<p>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 produtos de limpeza, medicamentos, tratamento adequado da água para consumo humano, destino do lixo, saneamento, prevenção de acidentes, presença de riscos físicos - torres de alta tensão, estação e subestação elétricas e riscos químicos - áreas cultivadas com agrotóxicos, indústrias, poluentes etc.</p>			

Q Consolidada

4.65	C	A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população.	(S) (N)
<p>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).</p>			

4.66	C	A ESF realiza ações para detecção de novos casos de Hanseníase.	(S) (N)
Ações para a detecção de Hanseníase caracterizam-se pela realização de busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos.			

Q Boa

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 visitas domiciliares e encontros com a comunidade podem oportunizar ações de identificação dessas situações. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

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 acionamento de recursos previstos em outros órgãos públicos são obrigatórias. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

Q Avançada

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 Brasil destaca-se o desenvolvimento de diretrizes e ações voltados à saúde da população negra. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

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

ANEXO E – Instrumento 5

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº5

Atenção à Saúde

Saúde de Crianças

Q Elementar

5.1	E	Existe registro atualizado de crianças até cinco anos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminadas por faixa etária (ano a ano) 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. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.			
5.2	E	O cartão ou caderneta da criança é avaliado e preenchido em todas as situações de procura por atendimento.	(S) (N)
O padrão refere-se a todos os membros da equipe conhecerem o cartão ou caderneta da criança, estarem sensibilizados para a importância deste instrumento no acompanhamento da população infantil solicitando sua apresentação pelos pais ou responsáveis e avaliando-o (e preenchendo-o sempre que indicado), em todas as situações de procura por atendimento.			
5.3	E	Todos os membros da ESF estão habilitados para reconhecer e orientar ações em casos de desidratação infantil.	(S) (N)
O padrão refere-se a todos os membros da ESF estarem habilitados para reconhecer os principais sinais indicativos e os sintomas de desidratação infantil e saberem orientar a preparação e administração do soro caseiro ou dos sais de rehidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácias.			
5.4	E	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estimular e orientar o aleitamento materno, em grupo de gestantes ou a cada uma individualmente quando necessário, com regularidade programada. O ideal é que estas ações aconteçam todos os meses, durante as consultas de pré-natal.			
5.5	E	80% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.	(S) (N)
O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de acompanhamento do C & D, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF. Preconiza-se a realização de no mínimo sete consultas (médica ou de enfermagem) no primeiro ano de vida: 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses. Considerar para resposta afirmativa ao padrão a cobertura com sete consultas, independente do momento em que foram realizadas.			
5.6	E	90% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão com esquema de vacinação em dia.	(S) (N)
O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de imunização, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF.			

Q Desenvolvimento

5.7	D	A ESF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.	(S) (N)
O padrão refere-se ao fluxograma "Abordagem de risco da criança na unidade de saúde" apresentado à pág. 73 da <i>Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil</i> , publicada em 2004. Se a ESF utiliza algum outro fluxograma ou protocolo, o essencial é que estejam estabelecidas as situações de atendimento imediato pelo médico (http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf).			

5.8	D	80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população até 5 anos; identificar aquelas que estão em situação de risco (<i>Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil</i> , MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf) e acompanhá-las mensalmente por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares. Período para avaliação: últimos 12 meses. Calcular o percentual para cada mês como no padrão 5.5, considerando como denominador a população total de crianças em situação de risco. Calcular a média simples entre os 12 meses avaliados.			

5.9	D	80% ou mais dos RN receberam duas consultas no seu 1º mês de vida.	(S) (N)
O padrão refere-se às ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (<i>Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil</i> , MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.			

Q Consolidada

5.10	C	80% ou mais das crianças entre um e cinco anos de vida da área estão em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre um e cinco anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao crescimento, desenvolvimento e imunização. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão. Considerar pelo menos duas avaliações/ano para crianças entre 12 e 24 meses. A partir desta idade, considerar uma consulta/ano.			

5.11	C	A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe possuir registro da população até cinco anos e acompanhá-la, em relação à saúde bucal, no mínimo, quanto ao desenvolvimento da dentição, manutenção da saúde bucal e permanência de hábitos orais nocivos ao estabelecimento normal da oclusão (sucção de dedo e chupeta, por exemplo). Inclui-se aqui o incentivo ao aleitamento materno e orientações aos pais.			

5.12	C	A ESF desenvolve ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com o protocolo clínico estabelecido.	(S) (N)
O padrão refere-se ao conjunto de ações desenvolvidas de maneira integrada pelos profissionais da equipe, a partir de suas diferentes atribuições, para a detecção, diagnóstico e tratamento da asma na população infantil, de acordo com protocolo clínico, buscando reduzir as internações e mortalidade por doenças respiratórias.			

5.13	C	A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias é de 90% ou mais.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na população de até 30 dias de vida. Período de avaliação: últimos 12 meses.			

Q Boa

5.14	B	Houve redução do nº absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população até 5 anos, ou ausência de casos.	(S) (N)
Considerar o período de 24 meses para avaliação deste indicador-padrão. Os dados estão contemplados no SIAB, sendo também um dos indicadores presentes no Pacto Indicadores da Atenção Básica. Busca avaliar se as ações dirigidas à população infantil estão repercutindo sobre os indicadores de saúde. O padrão exige apenas que as internações em nº absoluto estejam em constante queda ou não tenham ocorrido casos nos últimos 2 anos.			

5.15	B	A desnutrição entre as crianças menores de 2 anos tem sua incidência em curva descendente ou é inexistente.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da desnutrição na população até dois anos, observando se no período compreendido pelos últimos 24 meses a curva apresenta-se como descendente ou não aconteceram casos. Implica no acompanhamento do peso da população nesta faixa etária pelos membros da ESF (ver SIAB).			

5.16	B	Houve redução do número absoluto ou ausência de casos de RN baixo peso ao nascer.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento do peso dos RN da população observando se, nos últimos 24 meses, vem ocorrendo redução ou ausência do número absoluto de RN com baixo peso ao nascimento. Este padrão reflete, principalmente, os cuidados prestados durante o pré-natal.			

5.17	B	Todos os óbitos neonatais são investigados.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1.500 g. As orientações para investigação estão descritas no <i>Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal</i> do MS (2004) - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf . Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses.			

5.18	B	A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses é de 60% ou mais.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na população de até 6 meses de vida.			

5.19	B	O selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica.	(S) (N)
O padrão refere-se a ação realizada pela ESB na população infantil entre 5 e 7 anos, com indicação clínica.			

Q Avançada

5.20	A	80% ou mais das crianças da área entre 5 e 10 anos de vida, estão em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 5 e 10 anos e acompanhá-la por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao C & D e imunização, no mínimo. Considerar pelo menos uma avaliação anual para crianças entre 5 e 10 anos.			

5.21	A	Todos os óbitos infantis e fetais ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças até 1 ano, nascidas com peso maior ou igual a 1.500 g (neonatal e pós-neonatal) e também os óbitos fetais (natimortos) com peso ao nascer maior ou igual a 2.500g. As orientações para investigação estão descritas no Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal do MS (2004)- http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf . Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses.			

5.22	A	A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno não exclusivo na população de até 12 meses.			

5.23	A	80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida.	(S) (N)
O padrão refere-se à consulta médica e ou de enfermagem. Ver ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.			

5.24	A	Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses .	(S) (N)
Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.			

Saúde de Adolescentes

Q Desenvolvimento

5.25	D	A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente. 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.			

Q Consolidada

5.26	C	50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas, VD e grupos operativos regulares, quanto à imunização. Considerar as vacinas preconizadas pelo MS ou SES para a faixa etária. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.			

Q Boa

5.27	B	50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população de 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares, quanto ao C & D. Considerar uma avaliação anual. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.			

5.28	B	A ESF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	(S) (N)
O padrão aponta para o desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, <u>com oferta de métodos contraceptivos</u> (camisinha, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação), realizadas no mínimo duas vezes ao ano. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.			

Q Avançada

5.29	A	Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe. Considerar para resposta afirmativa a redução do número absoluto de casos no período.			

5.30	A	Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.	(S) (N)
Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.			

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.			

5.32	E	Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco.	(S) (N)
O pré-natal de baixo risco, com oferta de consultas, exames laboratoriais de rotina e imunização antitetânica, realizado de maneira alternada e complementar (consultas médica e de enfermagem), é considerado uma das ações mais elementares da Atenção Básica, impactando de maneira muito positiva sobre os indicadores materno-infantis. Preconiza-se a realização de 4 a 6 consultas. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta do feto (após 4º mês).			

5.33	E	São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de atividades educativas mensais, vinculadas às consultas, com a população de gestantes em atenção pré-natal, de maneira regular e programada, abordando temas relativos à gravidez, parto, período puerperal e cuidados com o RN.			

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.			

5.35	E	A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de diabéticos 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.			

5.37	D	A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos diabéticos 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.			

5.39	D	80% dos diabéticos 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 diabéticos em acompanhamento.			

5.40	D	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se à ESF monitorar e desenvolver ações de captação precoce de gestantes (até o primeiro trimestre da gravidez, ou seja, 90 dias) para início da atenção ao pré-natal. O levantamento pode ser realizado pela ficha B- GES do SIAB. Calcular o percentual, considerando para avaliação os últimos 12 meses e verificar se atende aos parâmetros estabelecidos para o padrão.			

5.41	D	80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se ao monitoramento do percentual de gestantes que realizaram no mínimo sete consultas ou mais de pré-natal de baixo risco durante a gestação, considerando-se os últimos 12 meses. Verificar se este percentual atende aos parâmetros estabelecidos pelo padrão de qualidade.			

5.42	D	A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de ações de educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.			

5.43	D	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama.	(S) (N)
O padrão refere-se à programação e realização de ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, no mínimo a cada dois meses, envolvendo desde as ações de orientação e auto-exame até a sensibilização e realização da citologia de colo uterino buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%.			

5.44	D	A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, realizando busca ativa das usuárias com exame positivo, encaminhando ou realizando a intervenção indicada.			

5.45	D	Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a).	(S) (N)
O padrão refere-se à abordagem do (a) parceiro (a) estar padronizada e ser realizada em todas as situações de abordagem terapêutica das DST pelos profissionais de nível superior da ESF.			

5.46	D	80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.	(S) (N)
O padrão-indicador refere-se à continuidade das ações de cuidado no período puerperal, considerando para avaliação, os últimos 12 meses. A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, uma consulta (médica e/ou de enfermagem) for realizada até 42 dias após o parto.			

5.47	D	É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais de nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.			

5.48	D	A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe possuir, documentado em papel, o registro dos portadores de transtornos mentais, discriminando tipo de transtorno, idade, sexo, endereço, situação familiar, grau de autonomia e se está em acompanhamento pela referência.			

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).			

5.50	C	A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco.	(S) (N)
O planejamento da atenção aos diabéticos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de diabetes, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, dentre 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.			
5.52	c	A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.	(S) (N)
O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.			
5.53	c	O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas.			
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%.			
5.55	c	A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.			
5.56	c	80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.	(S) (N)
Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.			
5.57	c	O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se ao exame clínico de mama ser realizado, no mínimo uma vez ao ano, sistematicamente em todas as consultas de mulheres na faixa de 40 a 69 anos como uma rotina do serviço. Desconsiderar os casos de recusas por parte das usuárias, relacionadas a fatores culturais.			

5.58	C	A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.			

5.59	C	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.			

5.60	C	A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas aos portadores de necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, dentre outras.			

Q Boa

5.61	B	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.			

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.			

5.63	B	A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.			

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.			

5.66	B	Houve redução do nº absoluto de internações por complicações decorrentes do Diabetes Mellitus.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por cetoacidose e coma diabético nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada. É um dos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.			

5.67	B	Houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações psiquiátricas dos portadores de transtornos mentais do território nos últimos 24 meses.			

Q Avançada

5.68	A	A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.			

Saúde de Idosos

Q Desenvolvimento

5.69	D	A ESF possui registro atualizado dos idosos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. 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.			

Q Consolidada

5.70	C	80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a cobertura vacinal dos idosos. Comparar a cobertura alcançada com o valor estabelecido para o padrão de qualidade.			

Q Boa

5.71	B	O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.			

5.72	B	Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.			

5.73	B	O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem.			

Q Avançada

5.74	A	A ESF desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF realizar intervenções junto as famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados.			

5.75	A	São desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências.	(S) (N)
O padrão refere-se aos membros da ESF estarem sensibilizados para reconhecer as manifestações das principais demências incidentes sobre a população de idosos (Parkinson, Alzheimer, doenças micro-vasculares, etc).			

Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

Q Desenvolvimento

5.76	D	A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para tuberculose às consultas agendadas, realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.			

5.77	D	A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de hanseníase.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para hanseníase às consultas agendadas; realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.			

5.78	D	A abordagem diagnóstica diferencial para dengue é realizada sempre que indicada.	(S) (N)
O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da dengue, realizar o exame físico - especialmente a prova de resistência capilar (prova do laço), solicitar os exames laboratoriais adequados e interpretá-los, realizando o diagnóstico da doença.			

Q Consolidada

5.79	C	O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da tuberculose.			

5.80	C	O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de hanseníase.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da hanseníase.			

5.81	C	O exame anti-HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à oferta do exame anti-HIV com aconselhamento estar padronizada para todas as gestantes em acompanhamento pré-natal. Considerar os últimos 12 meses para análise do padrão.			

5.82	C	O exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados.	(S) (N)
O padrão refere-se à oferta dos exames para detecção de hepatites B e C, com aconselhamento, para todos os adultos acompanhados, ser uma rotina estabelecida na ESF.			

5.83	C	Os casos de dengue são encaminhados para internação hospitalar quando necessário.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização do acompanhamento (da evolução) da infecção por dengue, havendo reconhecimento dos sinais de perigo e das situações indicativas de tratamento em nível hospitalar, quando necessário.			

5.84	C	São realizadas intervenções imediatas em casos de surtos por doenças infecto-contagiosas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar habilitada e desenvolver ações de vigilância epidemiológica, intervindo sobre os contatos e comunicantes para diagnóstico, tratamento e/ou ações de bloqueio e prevenção, nos casos de surtos de doenças contagiosas.			

Q Boa

5.85	B	90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura.	(S) (N)
O padrão configura-se como <i>padrão de resultado</i> e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes de tuberculose diagnosticados, que realizaram o tratamento completo (sem interrupções), que apresentaram cura. Considerar para avaliação os últimos 24 meses.			

5.86	B	90% dos pacientes com hanseníase diagnosticados e tratados apresentam cura.	(S) (N)
O padrão configura-se como <i>padrão de resultado</i> e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes com hanseníase diagnosticados, que realizaram o tratamento completo, que apresentam cura. Considerar o período de 24 meses.			

5.87	B	Ausência de tétano neonatal na área.	(S) (N)
Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e acompanhamento da população, especialmente o pré-natal.			

5.88	B	Ausência de sífilis congênita na área.	(S) (N)
Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e tratamento, especialmente o pré-natal.			

Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Q Desenvolvimento

5.89	D	A abordagem diagnóstica diferencial para malária é realizada sempre que indicada.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da infecção por malária (febre alta em ciclos, calafrios, sudorese, mialgia e cefaléia), estando habilitado para colher a anamnese e realizar o exame físico, solicitar os exames laboratoriais adequadamente e interpretá-los, realizando o diagnóstico.</p>			

Q Consolidada

5.90	C	Os casos de malária são encaminhados para internação hospitalar quando necessário.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se ao médico da ESF realizar a prescrição dos medicamentos indicados e acompanhar a evolução da malária, sabendo reconhecer os sinais de perigo, as complicações e as situações indicativas de tratamento em nível hospitalar.</p>			

Sugestões de Temas para Padrões Loco-regionais

Exemplos:

Violência/ Causas externas

Saúde indígena

Quilombolas

Iniciativas relacionadas com a Medicina Natural e Práticas Complementares (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica e Fitoterapia)

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](#)