

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARCIO MARTINS MOURA

Análise dos resultados e impactos da aplicação da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ)

Rio de Janeiro
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARCIO MARTINS MOURA

Análise dos resultados e impactos da aplicação da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientador Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro
2010

MARCIO MARTINS MOURA

Análise dos resultados e impactos da aplicação da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Mercedes Moreira Berenger
Consórcio Brasileiro de Acreditação

RESUMO

Esta dissertação traça algumas reflexões sobre uma metodologia específica de avaliação da qualidade da atenção na Estratégia Saúde da Família (a AMQ). Tem como objetivo avaliar o potencial da AMQ como instrumento de gestão da qualidade na Saúde da Família, com base nos resultados da aplicação da metodologia AMQ entre as equipes de saúde da família (ESF), analisar de forma comparativa as respostas selecionadas aos questionários AMQ de todas ESF de Petrópolis, visando identificar as variações observadas nos dois diferentes momentos avaliativos da metodologia, analisar elementos importantes relacionados com as ESF que podem ter influenciado a variação dos resultados entre os dois momentos e, avaliar a AMQ como instrumento de gestão da qualidade dos processos de trabalho e do PSF como um todo. Fez-se um levantamento do histórico sobre a gestão da qualidade desde o seu surgimento nas indústrias até uma abordagem da qualidade na saúde como um todo. Essas abordagens ajudaram na análise dos dados para se chegar às conclusões. O método empregado foi um levantamento das respostas dos questionários respondidos pelas equipes de Saúde da Família que estavam arquivados nos arquivos da Sede da Coordenação de Atenção Básica do Município de Petrópolis. A partir destas respostas atribuiu-se notas para cada tipo de resposta e posteriormente montou-se uma planilha onde foi avaliado todas as respostas dos questionários repercutindo em observações e análise. Este método foi usado para os dois momentos aplicativos da AMQ. Fez-se também um levantamento da situação dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) com relação à permanência ou mudança destes profissionais nas equipes e, posteriormente com esses dados, uma comparação com a evolução da AMQ entre os dois momentos avaliativos. Como resultado, comparou-se os dois momentos avaliativos da AMQ, demonstrando os padrões de qualidade que tiveram evolução e os que tiveram involução. A partir destes resultados de involução e evolução, fez-se uma análise de ações promovidas pela coordenação/supervisão para se fazer uma analogia dos padrões que tiveram incremento da qualidade com as ações da supervisão/coordenação. Também fez-se uma comparação da permanência ou mudança dos profissionais de saúde com os diferentes resultados da evolução entre os dois momentos avaliativos da AMQ. Vários resultados foram encontrados assim como várias análises puderam ser feitas. Como conclusão tem-se que a AMQ é uma ferramenta de grande valia para se fazer um diagnóstico da situação local da equipe que está aplicando-a, assim como para fazer intervenções dos pontos negativos. A permanência dos profissionais por um longo período de tempo também contribuiu para um melhor resultado da qualidade segundo a AMQ. Como última conclusão, demonstrou que a AMQ pode ser uma ferramenta de grande valia para a Coordenação/Supervisão como instrumento de gestão da qualidade para os processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This essay outlines some thoughts on a specific methodology for assessing the quality of care at the Family Health Strategy (the AMQ). Aims to evaluate the results of applying the methodology AMQ between family health teams (FHT) in Petropolis, a comparative analysis of selected responses to the questionnaires of all ESF AMQ Petropolis, to identify the variations observed in two different moments of evaluation the methodology and analyze the acceptance of AMQ among FHS (doctors and nurses). There was a survey of the history of the quality management since its inception in industries approach to quality in health as a whole This approach helped in data analysis to arrive at conclusion. The method employed was a survey of responses questionnaires completed by the Family Health teams that were filed in the archives of the Headquarters Coordination of Primary Care in the Municipality of Petrópolis. From these responses are assigned grades for each type of response and subsequently set up a spreadsheet which assessed all the responses from the questionnaires consecutive observations and analysis. This method was used for both time applications AMQ. Was also made a survey of the situation of health professionals (nurses and doctors) with respect to stay or change of professional teams and later with these data, a comparison with the evolution of AMQ between the two moments of evaluation. As a result, we compared the two moments of evaluative AMQ, demonstrating the quality standards that have evolved and those who had involution. From these results of involution and evolution, there was a review of the actions taken by the coordination/supervision to make an analogy of the standards that had quality improvement with the actions of supervision/coordination. He also made a comparison of residence or change of health professionals with different outcomes of evolution between the two moments of evaluative AMQ. Several results were found as well as various tests could be done. As a conclusion has been that the AMQ is a valuable tool for making a diagnosis of the local team that is applying to, so as to make interventions of negative points. The permanence of professionals for a long period of time also contributed to a better quality result according to AMQ As a final conclusion, the AMQ demonstrated that it can be a valuable tool for the Coordination/Supervision as a tool for quality management processes the team work of the Family Health Strategy.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMH - Accreditation Manual for Hospitals

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

ACS - Colégio de Cirurgiões Americanos

DAB – Departamento de Atenção Básica

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

ESF – Equipes de Saúde da Família

ISO – International Organization for Standardization

JCAH - Joint Commission of Accreditation of Hospitals

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MS – Ministério da Saúde

ONG - Organização não-governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde)

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: População cadastrada no PSF, estimativa do número de equipes e cobertura % da população brasileira – out./2008	13
Tabela 2: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 4 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008.....	54
Tabela 3: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 5 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008.....	56
Tabela 4: Comparação entre o percentual das avaliações em Petrópolis e no Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008	58
Tabela 5: Comparação entre o percentual das avaliações em Petrópolis e no Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008	62
Tabela 6: Situação das equipes com relação à permanência ou mudança dos profissionais de saúde (enfermeira e médico) nas equipes.....	65
Tabela 7: Equipes que compõem o 1º quartil (melhores índices de evolução)	66
Tabela 8: Equipes que compõem o 2º quartil (índices de evolução médio-superiores)	66
Tabela 9: Equipes que compõem o 3º quartil (índices de evolução médio-inferiores)	67
Tabela 10: Equipes que compõem o 4º quartil (piores índices de evolução)	67
Tabela 11: Classificação das equipes quanto sua evolução (da melhor para a pior evolução) e a situação dos profissionais entre os dois momentos avaliativos.	81
Tabela 12: Estrutura geral dos Instrumentos com suas subdimensões, para mostrar os principais temas que nela se encaixam e seus usuários (quem responde)	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: População brasileira coberta pelo PSF (%) – out./2008.....	13
Figura 2: Evolução da cobertura pelo PSF no Brasil (%) – 1994/jan. 2010.....	16
Figura 3: Demonstração dos padrões quanto ao seu nível incremental.....	41
Figura 4: Elementos de avaliação das equipes de Saúde da Família.....	44
Figura 5: AMQ, Exemplo de padrões de avaliação da subdimensão ‘Organização do Trabalho em Saúde da Família’	46
Figura 6: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 4 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008.....	55
Figura 7: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 5 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008.....	56
Figura 8: Comparação dos percentuais de qualidade do segundo momento avaliativo da AMQ entre Petrópolis e Brasil	59
Figura 9: Comparação das evoluções da qualidade entre Petrópolis e Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e, a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008	60
Figura 10: Comparação dos percentuais do segundo momento avaliativo entre Petrópolis e Brasil para o instrumento 5.....	63
Figura 11: Comparação da variação dos dois momentos avaliativos entre Petrópolis e Brasil para o instrumento 5.....	64
Figura 12: Comparação dos quartis quanto a mudança ou permanência dos profissionais nas equipes	68

SUMÁRIO

1. Apresentação	11
2. Abordagens sobre a qualidade.....	17
2.1. A origem da gestão da qualidade na indústria.....	17
2.1.1. Taylorismo e Fayolismo.....	18
2.1.2. Fordismo e toyotismo	19
2.1.3. Ohnismo ou toyotismo.....	20
2.1.4. Qualidade Total	23
2.1.5. As Normas ISO.....	26
2.2. A qualidade na saúde.....	27
2.2.1. Especificidades do trabalho na saúde.....	27
2.2.2. Qualidade na saúde segundo Donabedian	31
2.2.3. Acreditação, Certificação e Licenciamento.....	33
2.2.4. Qualidade da Atenção Básica	37
2.3. A AMQ.....	38
2.3.1. Origem e características gerais.....	38
2.3.2. Conceituação básica	40
2.3.3. Diretrizes	42
2.3.4. Métodos.....	44
2.3.5. Aplicação.....	47
3. Objetivos, métodos e procedimentos	49
3.1. Objetivos	49
3.1.1. Objetivo Geral.....	49
3.1.2. Objetivos Específicos	49
3.2. Métodos e procedimentos	49
3.2.1. Métodos.....	49
3.2.2. Procedimento de análise dos dados.....	50
3.2.3. Problemas no levantamento.....	52
4. Resultados	53
4.1. Contexto da aplicação da AMQ em Petrópolis e dados nacionais	53
4.2. Análise comparativa das duas aplicações da AMQ.....	54
4.2.1. Instrumento 4	54

4.2.2. Instrumento 5	55
4.3. Análise comparativa entre Petrópolis e Brasil	57
4.3.1. Instrumento 4	57
4.3.2. Instrumento 5	60
4.4. Análise por grupo de equipes.....	64
4.3. Análise dos resultados no contexto local.....	69
5. Considerações finais	71
Referências	74
Bibliografia.....	74
Fontes documentais	77
Anexo 1: Planilhas de avaliação do resultado	78
Anexo 2: Resultados por equipe para as 28 que participaram dos dois momentos da aplicação da AMQ	80
Apêndice	82
1. Instrumentos da AMQ.....	82
2. Detalhamento dos instrumentos 4 e 5.....	85
2.1. Instrumento 4	88
2.2. Instrumento 5	93

1. APRESENTAÇÃO

O objeto desta Dissertação é a utilização da qualidade como instrumento de gestão na Saúde da Família. O trabalho avaliou o impacto da aplicação do método “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ) no Programa Saúde da Família em Petrópolis. Essa metodologia foi desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e aplicada em muitos municípios brasileiros (BRASIL, 2005) onde está implantado o Programa Saúde da Família (PSF), Petrópolis foi um dos 80 municípios brasileiros que aplicaram os questionários nas duas etapas (2007 e 2008) propostas pelo DAB/SAS/MS, segundo palestra promovida por representante do DAB no X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, realizado em dezembro de 2010, em Florianópolis, e em material enviado a mim pelo DAB (MINOZZO e VIDAL, 2009).

A metodologia pode ser descrita em resumo, como um conjunto de procedimentos de auto-avaliação das Equipes de Saúde da Família (ESF) do seu processo de trabalho, para subsidiar o aperfeiçoamento do mesmo. Este trabalho teve como pressuposto de que a AMQ, como uma ferramenta de gestão da qualidade pode, quando valorizada e bem trabalhada, contribuir além do nível das ESF, para todo o Programa em um município ou região, uma vez que o método envolve diversas dimensões e padrões do processo de trabalho das equipes, desde administrativos aos assistenciais. Acredito que os resultados apresentados ao final desta Dissertação confirmam este pressuposto e reforçam a idéia de que a AMQ pode e deve ser utilizada como um instrumento importante para a gestão e a melhoria constante do desempenho do PSF.

Reis lembra que a qualidade na saúde passou a ter uma importância maior a partir do momento em que se rediscute a reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil.

Neste momento, em que se discute a reorganização dos serviços de saúde do Brasil (AIS, VIII Conferência Nacional de Saúde,

CNRS, SUDS), o tema da qualidade dos serviços, em seus termos mais amplos, ganha relevância (1990, p. 50).

Silva também recobra que o Ministério da Saúde vê com bastante importância a questão da qualidade para a atenção básica, ou primária:

A atenção básica tornou-se um importante componente na reorganização do atendimento e tendo em vista a meta lançada pelo Ministério da Saúde, o desenvolvimento de uma metodologia para implantação da qualidade no âmbito da atenção básica é importante para que todas as unidades implantadas no País busquem a qualidade na prestação dos serviços de saúde (2008, p. 10).

A qualidade dos produtos e serviços é um assunto que está se tornando cada vez mais importante em todo o mundo, principalmente a partir da segunda metade do século XX, tendo gerado uma série de métodos e ferramentas como os desenvolvidos por Ohno na Toyota na década de 1950, as normas ISO e a Qualidade Total, tratadas mais adiante neste projeto. Campos conseguiu demonstrar em seu parágrafo:

A qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma necessidade para todas as organizações industriais e de serviços por várias razões. Mudanças econômicas que se fizeram sentir a partir de meados dos anos 1970 – aumento dos juros, salários altos, queda das taxas de lucro – tornaram o mercado mais competitivo e passaram a exigir mudanças na organização do trabalho para a sobrevivência das empresas. A organização do trabalho baseada no paradigma fordista da produção em massa já não apresentava respostas para os novos problemas vividos pela economia no último quartel do Século XX (2004, p 18).

Na área da saúde há metodologias específicas de qualidade, como a Acreditação e as propostas de Donabedian. A AMQ tem elementos de todos esses métodos e ferramentas, com a vantagem de ter sido desenvolvida especificamente para o PSF.

O PSF teve início no Brasil em 1994, como proposta de organização da atenção primária de saúde para grupos de pessoas (até 4.500) residentes de áreas definidas por meio de equipe composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, além de agentes comunitários

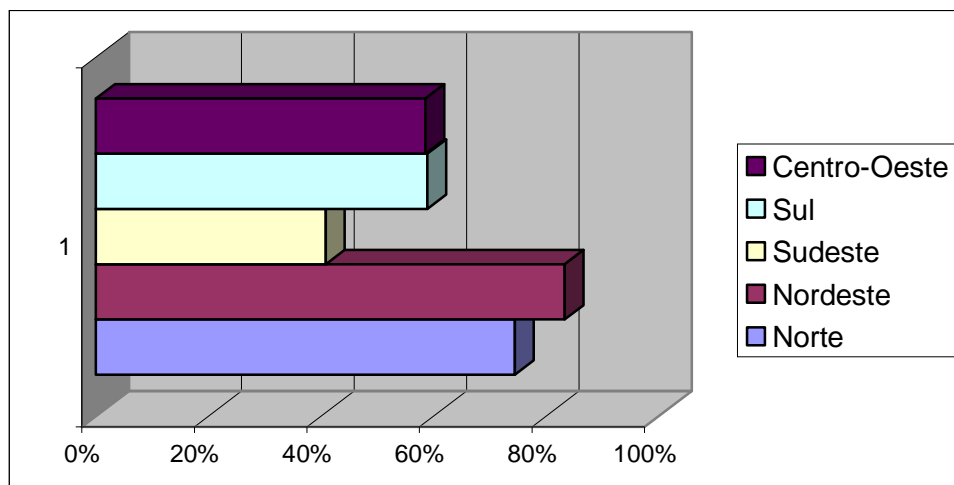
de saúde. Desde sua criação, o Programa se estendeu muito já tendo em janeiro de 2010, uma estimativa de cobertura de população cadastrada de mais de 96,3 milhões de pessoas, ou 59% da população brasileira (Tabela 1 e Figuras 1 e 2).

Tabela 1: População cadastrada no PSF, estimativa do número de equipes e cobertura % da população brasileira – out./2008

Região	Nº de pessoas cadastradas	Estimativa de equipes (*)	População Residente em 2008	% de cobertura
Norte	11.430.784	3.313	15.359.645	74%
Nordeste	44.627.970	12.936	53.591.299	83%
Sudeste	33.042.523	9.578	80.915.637	41%
Sul	16.326.777	4.732	27.718.997	59%
Centro-Oeste	8.134.584	2.358	13.895.467	59%
Total	113.562.638	32.917	191.481.045	59%

Fonte: DATASUS, acesso em 12/02/10.

(*) Estimada com base na divisão da população cadastrada pelo número médio de 3.450 pessoas por equipe.



Fonte: DATASUS, acesso em 12/02/10.

Figura 1: População brasileira coberta pelo PSF (%) – out./2008

A dimensão do Programa e sua filosofia de atenção integral á população tem criado expectativas sobre essa nova estratégia. O modelo mais abrangente de saúde da família é o do Ministério da Saúde, embora haja outros específicos modelos adotados em alguns municípios, como por exemplo Niterói (médico de

família), ou o Modelo Paidéia de Campinas (cujas equipes contam com generalista, pediatra e gineco-obstetra).

A política do Ministério da Saúde vem procurando otimizar os resultados do Programa ou Estratégia de Saúde da Família, através da melhora dos processos de trabalho. Espera, desta maneira, conseguir melhores indicadores de saúde. Tais indicadores do Pacto de Atenção Básica são firmados todos os anos pelo Ministério com os estados e por estes com seus municípios. A AMQ, como metodologia de melhoria da qualidade dos processos de trabalho, é uma ferramenta chave para se alcançar esse objetivo do Ministério.

Desde quando cursei, em 2002, curso de especialização em Saúde da Família, dado em conjunto pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) e Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), comecei a me preocupar com os processos de trabalho das ESF. Posteriormente engajado como médico em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Campinas onde conheci um modelo diferente do que me foi mostrado no curso, pude observar vantagens e desvantagens da mudança em curso na atenção primária. Em 2004 passei a atuar como médico de PSF em Petrópolis, onde pude pôr em prática efetivamente o que aprendi nas experiências anteriores e perceber que os diferentes processos de trabalho desenvolvidos em cada modelo são elementos críticos para a boa atenção. Ao começar a fazer me resolvi a estudar a experiência de aplicação da AMQ em Petrópolis.

O trabalho envolveu basicamente procedimentos de levantamento e análise quantitativos – estatística descritiva simples – com base no banco de dados resultante da aplicação da AMQ nos dois momentos. Contou com a colaboração da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, que me liberou das atividades de atenção às sextas-feiras na USF do Alto da Serra III (PSF Frei Leão), para poder cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, e quanto me deu acesso aos dados dos dois momentos avaliativos da AMQ no Município.

Além desta introdução, esta dissertação apresenta uma revisão da bibliografia relativa ao tema da qualidade (capítulo 2), os objetivos, métodos e procedimentos que adotados (capítulo 3) e os resultados da pesquisa (capítulo 4).

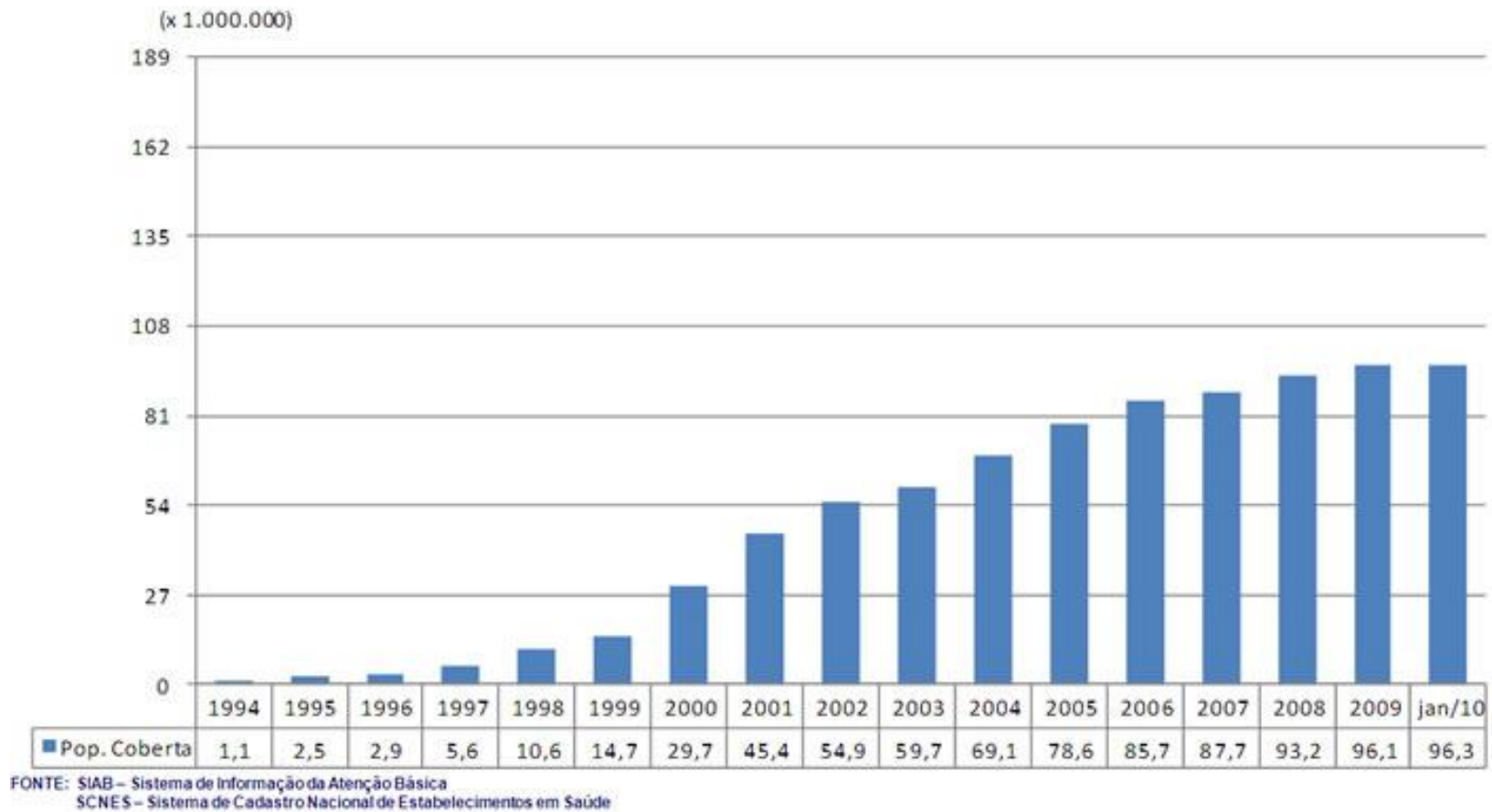


Figura 2: Evolução da cobertura pelo PSF no Brasil (%) – 1994/jan. 2010

2. ABORDAGENS SOBRE A QUALIDADE

2.1. A origem da gestão da qualidade na indústria

A teoria das organizações, ou da administração, surgiu de maneira evolutiva a partir de empresas privadas industriais no início do século XX. Os termos “qualidade” e “gestão da qualidade”, que fazem parte da mesma atualmente, surgiram mais tarde, a partir da segunda metade do mesmo século. Na saúde, tais termos e as práticas correspondentes tiveram desenvolvimento próprio, mas similaridades com o que se deu na indústria. Neste item apresento uma abordagem sobre o desenvolvimento da idéia da qualidade na teoria as organizações, com ênfase nas mudanças dos modelos de produção do fordismo para os do toyotismo. A Revolução Industrial contribuiu para esta mudança do processo produtivo bem demonstrado por Salvaya que mostra a mudança do controle do processo produtivo do trabalhador:

A partir da Primeira Revolução Industrial, [...] **o trabalhador começa a perder o controle do conjunto do processo produtivo** [grifos meus], que era uma das características do trabalho artesanal, pois a força de trabalho começou a ser substituída por máquinas e as unidades de produção aumentaram de tamanho, concentrando centenas ou milhares de trabalhadores, com grande divisão interna das tarefas e responsabilidades (2002, p. 17).

A perda do controle do processo de produção por parte dos trabalhadores foi, assim, um elemento central da nova forma de se organizar o trabalho. A chamada ‘administração científica’ iniciada por Taylor e Fayol no início do século XX levou ao extremo essa transferência do controle do processo de produção dos trabalhadores para as empresas, ou para as direções das mesmas.

2.1.1. Taylorismo e Fayolismo

A partir de 1911, Frederick W. Taylor, um engenheiro de produção norte-americano, passou a preconizar que as fábricas e instituições deveriam trabalhar de forma a otimizar seus processos de trabalho, dividindo os mesmos em pequenas partes para assegurar o controle das empresas sobre o ritmo do trabalho, retirando-o das mãos dos trabalhadores, visando reduzir custos, aumentar a produtividade e a taxa de lucros. As tarefas simples em que o processo de trabalho passou a ser dividido permitiam que fossem executadas por trabalhadores manuais com pouco treinamento.

Taylor foi contra o desperdício de tempo e de energia no trabalho. Esta racionalização sempre esteve presente entre os cientistas assim como entre empresários e técnicos e engenheiros de produção, como ele mesmo, que não detinham conhecimento da academia. Segundo Silva,

Estudos de tempo e movimento, as padronizações e uniformizações, a eliminação sistemática dos movimentos parasitários, a adoção do fluxo de trabalho em cadeia, as linhas de montagem, o Fordismo, em suma todas as providências e inovações que se fizeram a partir de então pelo mundo afora na administração particular e na administração pública, em busca de aumento de eficiência, foram e continuam a ser efeitos multiplicativos do Taylorismo (1987, p. 54-55).

Pouco depois (1916), Henri Fayol, engenheiro de produção francês, mudou a ênfase dos processos de trabalho empregados *per se*, para os resultados, estes, no entanto, só são conhecidos por vezes muito depois, tornando-se assim difícil a identificação das suas causas. Fayol chamava a atenção para a necessidade de se estruturar a hierarquia das organizações, para ele: "Chefe executivo sem 'Estado-Maior', isto é, sem assessores, é uma teratologia institucional. Assemelha-se a um comandante sem tripulação" (SILVA, *idem*, p. 69). As idéias de Taylor e Fayol constituem as bases do que passou a ser conhecido como "administração científica", seus fundamentos eram portanto: a racionalização do processo de

trabalho – dividido em pequenas partes simples para permitir o controle do seu ritmo pelas empresas – e a organização da linha de comando hierárquico.

2.1.2. Fordismo e toyotismo

A indústria automobilística tornou-se o foco de estudos de administradores, economistas e sociólogos pela repercussão que geraram. Os métodos e linguagem desenvolvidos nessa indústria passaram a serem adotados por pensadores das áreas das ciências sociais, particularmente da economia e administração. Como disse Gounet, “o que acontece no setor automobilístico se espalha depois pela maior parte da indústria. Estudá-lo tem, portanto, um valor de exemplo do que pode acontecer em outros ramos” (2002, p.14).

Tudo começou em 1913, quando Henry Ford, à frente de uma empresa que levava o seu nome, criara um modelo de produção, baseado nas idéias de Taylor, que recebera seu próprio nome: o fordismo. O fordismo permaneceu à frente como o modelo das relações trabalhistas entre os operários e os empresários e mesmo entre estes e os trabalhadores em geral em atividades como o comércio, os bancos e serviços em geral, além das indústrias. Como se caracterizava o fordismo? Ele se apóia em cinco transformações principais, algumas delas de caráter econômico não serão citadas aqui, apenas as de caráter administrativo que dizem respeito diretamente ao tema deste projeto.

A idéia básica era a de se racionalizar ao extremo as operações efetuadas pelos operários. A primeira racionalização e o parcelamento de tarefas se deram de forma que cada operário passou a realizar uma tarefa específica o tempo todo e de forma repetitiva. Se fosse responsável por apertar um parafuso, faria apenas esta tarefa o tempo todo, não devendo se preocupar com as tarefas dos outros operários em outras etapas do processo de produção. “Em vez de fazer um veículo inteiro, um operário faz apenas um número limitado de gestos, sempre os

mesmos, repetidos ao infinito durante sua jornada de trabalho” (GOUNET, 2002, p.19). Na mesma direção Silva acrescenta que “cada operação tornou-se tão simples que qualquer operário sem maior instrução era capaz de participar satisfatoriamente na linha de montagem” (1987, p. 77).

A grande inovação de Ford foi a criação da linha de produção, introduzindo uma esteira rolante que levava os produtos de fabricação, ao longo da qual os funcionários se colocam lado a lado, para realizarem cada um seu trabalho específico. Criara-se então o ‘tempo da esteira’, controlado pela empresa, que impõe um ritmo que lhe interessa aos trabalhadores.

Outra característica do Fordismo é a padronização das peças em que o produto final é sempre o mesmo. O resultado foi a produção em massa de um grande número de bens (veículos) de séries limitadas, ou padronizadas. Com isto, podemos tirar algumas conclusões sobre o Fordismo. “O parcelamento significa que o trabalhador não precisa mais ser um artesão especialista em mecânica. Acontece a desqualificação dos operários” (GOUNET, idem, p.19). Este modelo de organização do trabalho começou a entrar em crise por motivos econômicos a partir dos anos 1980 e desta maneira começou a ser substituído por outro modelo: o ohnismo, ou toyotismo, criado por Taichi Ohno, engenheiro industrial da Toyota.

2.1.3. Ohnismo ou toyotismo

Vários fatores influenciaram para o fortalecimento do ohnismo e do toyotismo, criado no Japão antes, na década de 1950. Aspectos históricos também contribuíram para esta mudança. O país recém saído da II Guerra tinha um mercado consumidor muito pequeno - apenas 32 mil carros vendidos em 1950 (CORIAT, 1994, p. 40). Posteriormente a Guerra da Coreia deu sua contribuição, na medida em que as forças armadas dos Estados Unidos passaram a fazer encomendas de carros bélicos para a Toyota de maneira inconstante dependendo

do 'andar' da guerra. Esta inconstância era contraditória ao modelo fordista em que se deveria fazer uma produção em série, ou em massa de um grande volume de produtos iguais, para depois vendê-la. A Toyota, a partir da crítica do fordismo por Ohno, aprendeu a fazer um planejamento e construção de pequenas quantidades de veículos a partir de uma encomenda.

Estes foram os principais componentes históricos para que no Japão se consolidasse o ohnismo ou toyotismo que era de produzir pequenas quantidades de diversos modelos de produtos, e que evoluiu para se tornar um verdadeiro sistema de produção, um modelo que parte da demanda dos clientes, que pode adaptar-se às variações nas condições de trabalho mais facilmente que o fordismo.

Posteriormente, os consumidores não aceitavam mais apenas um modelo de automóvel com os mesmos componentes interno. Esses consumidores que já possuíam carros, agora estavam interessados por outros modelos e, cada um queria um modelo que mais lhe agradasse. Com isso, o modelo fordista em que a produção em linha (esteira) construía um modelo apenas, entrou em crise. Precisava de um modelo organizacional em que pudesse ser construídos não apenas um modelo de carro, mas outras variações. Com isso, aquele operário que só conhecia uma peça para ser encaixada no veículo, passou a ser um operário desqualificado para este novo modelo de organização. A produção era puxada pela demanda do crescimento, diferentemente do modelo Fordista em que se tentava produzir o máximo de automóveis para tentar vendê-los depois. A produção não estava preocupada com a venda. Isso era função do setor de vendas.

Estas características do Toyotismo fizeram surgir características de funcionários para suas empresas. Eles não podiam mais realizar uma única tarefa com um modelo único de automóvel. Tinham que ter um conhecimento maior para construir outros modelos de automóveis. Cada momento sazonal da sociedade exigia-se um modelo diferente de carro. Para isso os próprios operários mudaram. Tiveram que ter mais educação e treinamento, além de aprenderem a trabalhar

em equipe, para se adaptarem às mudanças do mercado. Uma “mudança da relação um homem/uma máquina para relação uma equipe/um sistema”. (GOUNET, 2002, p.29).

[...] é um trabalho de equipe; a relação homem-máquina torna-se a de uma equipe de operários frente a um sistema automatizado; em segundo lugar, o trabalhador deve tornar-se polivalente para operar várias máquinas diferentes em seu trabalho cotidiano, mas também para poder ajudar o colega quando preciso.

[...] a concepção do trabalho humano em equipe torna-se o cerne do programa. (GOUNET, idem, p.27 e 39).

Não somente a tarefa de fabricação dos bens, os funcionários também passaram a realizar tarefa de diagnóstico, reparo, controle de qualidade e programação. Passa a haver um ‘pensar pelo avesso’ (termo criado por Coriat), que se comportava como uma “‘desespecialização’ dos profissionais para transformá-los não em operários parcelares, mas em pluri-operadores, em profissionais polivalentes, em trabalhadores multi-profissionais” (Coriat, 1994, p. 53).

O ohnismo passa então a ser uma revolução na maneira da gestão da produção e de processo de trabalho. Um marco em toda as organizações, “a maior inovação organizacional da segunda metade do século” (Idem ,p. 56). Salvaya complementa:

Após os anos 70 do século XX, o processo produtivo passou a sofrer diversas reformulações no intuito de atender a esta nova realidade que se instaurava na economia mundial. A partir deste ponto, começou-se a vislumbrar que o modelo taylorista e fordista de produção em massa e racionalização do processo produtivo, não se adequava mais à nova realidade sócio-econômica vigente, pois se evidenciava a necessidade de se produzir de forma flexível para atender a demanda de um mercado cada vez mais exigente, competitivo e seletivo (2002, p. 30).

Este novo modelo de relação trabalhista e de relação com o usuário torna-se o principal como referência nos tempos atuais sendo adotado por vários

setores e segmentos da economia, englobando a indústria, o comércio, a agricultura e os serviços, inclusive a saúde.

Pode-se dizer que na área da saúde, pelas características da organização do trabalho comentadas adiante, o toyotismo encontra maior aplicabilidade do que o fordismo, pois nessa área há uma grande complexidade das tarefas de seus principais componentes do seu núcleo operacional (MINTZBERG, 1995), os médicos, equivalem aos operários na fábrica, mas exercem várias etapas da produção e do processo de trabalho, tendo controle sobre o mesmo, e o fazem muitas vezes em equipe, assim como no toyotismo. A mudança de modelo de produção adotado na indústria automobilística acabou se espalhando para outros setores econômicos assumindo formas diferentes como o movimento de Qualidade Total e as Normas ISO.

2.1.4. Qualidade Total

Depois de Taylor e Fayol, nenhuma outra teoria teve tanto impacto sobre as organizações empresariais quanto as teorias de W. Edwards Deming (Qualidade Total) e Michael Hammer (reengenharia), baseadas no toyotismo. Deming abordou sobretudo, o processo de trabalho, enquanto Hammer propunha a redução da hierarquia. Principalmente as idéias de Deming alteraram profundamente a organização dos processos de trabalho, substituindo os pressupostos da produção em massa estabelecidos por Taylor, por métodos de produção flexíveis, baseados nas técnicas desenvolvidas originalmente na Toyota Motors japonesa. A Qualidade Total tornou-se desde a década de 80 verdadeira febre mundial entre as empresas privadas e no próprio setor público, que alteram os processos de trabalho, nas mais diversas organizações públicas e privadas. Salvaya lembrou que estes programas, levaram à intensificação do trabalho e redução da mão de obra empregada, “além de intensificarem as exigências no sentido da utilização cada vez mais crescente de trabalhadores mais qualificados

e polivalentes” (2002, p. 24), princípios estes que Ohno anteriormente já defendia, como já vimos.

No modo de produção anterior à Revolução Industrial, o artesão se ocupava de todas as tarefas: desde a escolha e aquisição da matéria-prima até a fase de acabamento e entrega do produto. O controle da qualidade era exercido pelo próprio artesão. As características do modelo artesanal eram a baixa produção e o alto padrão de qualidade.

Com o advento da industrialização, surgiu o processo de multi-divisão das tarefas na confecção de um produto. O controle da qualidade passou às mãos do mestre industrial, que exercia a supervisão desses grupos. Com o aumento das escalas de produção e do número de trabalhadores, o sistema tornou-se inviável, pois não era possível um só mestre supervisionar todo o processo. A resposta para o problema foi a padronização dos produtos. Com a 2ª. Guerra Mundial, houve uma grande evolução tecnológica, acompanhada por uma complexidade técnica de materiais, processos de fabricação e produtos. Essa situação ameaçava inviabilizar a inspeção total da produção.

Surgiu então uma evolução do controle da qualidade: o controle estatístico, baseado em inspeção por amostragem e gráficos de controle (timidamente começava a despontar o conceito de prevenção de falhas). Entretanto, as ações corretivas desencadeadas ainda eram de eficiência restrita. Esta ineficiência das ações corretivas e a acirrada competição pelo mercado consumidor acabaram contribuindo significativamente para que se adotasse um novo enfoque em termos de controle de qualidade, o Controle da Qualidade Total - CQT (em inglês, Total Quality Control - TQC, também conhecido por Total Quality Management - TQM).

Pode-se dizer que o CQT foi um modelo para o sistema da garantia da qualidade e apresentava certos aprimoramentos em relação ao sistema anterior (controle estatístico), tais como:

- Preocupação com a satisfação do cliente.

- Conceito de aperfeiçoamento contínuo (os japoneses diziam que o dia não poderia passar sem que algum tipo de melhoria fosse feita em algum lugar na empresa).
- Envolvimento e participação de todos os funcionários (desde a alta gerência até o escalão mais baixo da empresa).
- Valorização do respeito ao indivíduo (ISRAELIAN, 2009, p. 2).

O CQT é mais do que uma simples utilização de metodologias, técnicas, sistemas ou ferramentas. O CQT é uma filosofia organizacional, expressa através de ações da gerência, de cima para baixo, que focalizam o processo de organização como um todo e que buscam a vantagem competitiva em longo prazo, tendo como armas estratégicas: a qualidade, o respeito, a participação e a confiança de todos os funcionários.

A filosofia do CQT teve um grande impacto nas práticas de engenharia e gerência, o que serviu como base para a evolução aos atuais sistemas da qualidade.

Os sistemas da qualidade proporcionam os instrumentos necessários para assegurar que os requisitos e atividades especificados sejam acompanhados e verificados de uma maneira planejada, sistemática e documentada. Deste modo, estabelecer um sistema da qualidade não significa aumentar ou reduzir a qualidade dos serviços ou produtos, mas sim, aumentar ou reduzir a certeza de que os requisitos e atividades especificados sejam cumpridos.

O ponto central nesta evolução do conceito de qualidade foi a mudança do enfoque tradicional (baseado no controle da qualidade e na garantia de qualidade) para o controle de gestão e melhoria de processos, que garante a produção da qualidade especificada logo na primeira vez.

“No contexto atual a qualidade não se refere mais à qualidade de um produto ou serviço em particular, mas à qualidade do processo como um todo, abrangendo tudo o que ocorre na empresa” (ISRAELIAN, idem, p. 2).

Nos anos 80, as organizações de saúde dos EUA começaram a reavaliar seus métodos de avaliação da qualidade. “Com base nas técnicas gerenciais desenvolvidas pela indústria, os profissionais de saúde testaram os conceitos da Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) e da Qualidade Total (QT)” (CAMPOS, 2004, p. 34).

2.1.5. As Normas ISSO

Outra abordagem da qualidade como instrumento de gestão que merece comentários é representada pelas Normas ISO, sistema criado para dar qualidade principalmente nas relações com os usuários. A ISO, cuja sigla significa *International Organization for Standardization*, é uma entidade não governamental criada em 1947 com sede em Genebra – Suíça. A Norma ISO série 9000 trata de questões da gestão da qualidade.

Deve ser enfatizado, entretanto, que as normas ISO série 9000 são normas que dizem respeito apenas ao sistema de gestão da qualidade de uma empresa, e não às especificações dos produtos fabricados por esta empresa. Ou seja, o fato de um produto ser fabricado por um processo certificado segundo as normas ISO 9000 não significa que este produto terá maior ou menor qualidade que um outro similar. Significa apenas que todos os produtos fabricados segundo este processo apresentarão as mesmas características e o mesmo padrão de qualidade. Logo, as normas ISO 9000 não conferem qualidade extra a um produto (ou serviço), garantem apenas que o produto (ou serviço) apresentará sempre as mesmas características.

A série de normas ISO 9000 baseia-se em 20 elementos ou critérios que englobam vários aspectos da gestão de qualidade. Dentre os elementos da Norma destacam-se para esta dissertação os elementos: Auditorias Internas da Qualidade e; Treinamento.

2.2. A qualidade na saúde

2.2.1. Especificidades do trabalho na saúde

Segundo Campos, as abordagens da qualidade na saúde remontam à antiguidade. “Há registros de padrões para o exercício na medicina já no primeiro século de nossa era tanto na China, quanto na Índia” (2004, p. 34). Já na Itália no século XIX, o Estado tentou licenciar os médicos através de [...]“padrões educacionais uniformes e exames estatais”. Nos EUA, o movimento para a qualidade começou em 1917 através do Colégio de Cirurgiões Americanos. Porém esta abordagem só passou a ser executada no meio acadêmico a partir do momento em que a escola estruturalista passou a existir, como afirmam Braga Neto:

Não havia no passado um entendimento [sic] sobre a administração em hospitais [durante muito tempo o principal campo de atuação dos médicos]. Só a partir da década de 50 que começaram a surgir teorias. No passado as Escolas que estudavam a administração, tanto a clássica quanto a das Relações Humanas, estavam voltadas para as empresas de produção de bens. A partir do surgimento da Escola Estruturalista que se começou a pesquisar sobre instituições de prestação de serviços como os hospitais (1991, p. 33).

Como foi analisado anteriormente com relação às empresas, principalmente a automobilística, pode-se fazer uma comparação com a saúde. As tecnologias para a saúde não funcionam como nas indústrias manufatureiras em que antigas técnicas são substituídas por novas tecnologias. No caso da área da saúde, ocorre um somatório de técnicas antigas de procedimentos para diagnósticos e

tratamentos com tecnologia nova. As técnicas gerenciais tradicionais, baseadas nos princípios da produção em massa, tiveram uma aplicação restrita no setor de serviços, cujas atividades humanas, a organização do trabalho e o ritmo das mesmas, na maior parte das vezes tem pouco a ver com um processo de produção do tipo fordista. As técnicas de qualidade oriundas do Japão passam a fazer, cada vez mais, parte da nossa cultura de administração de empresas e “passaram a ser cada vez mais utilizadas no setor de serviços por conterem ferramentas adequadas às novas exigências do mercado e da clientela” (SALVAYA, 2002, p. 31).

Reis também lembrou que no setor de serviço saúde não ocorre a troca de bens materiais por dinheiro, mas sim por um cuidado médico:

O cuidado médico, além de difícil padronização, não possui valor de troca, mas tão-somente valor de uso para aquele que o consome. Alia-se a este fato que, ao contrário do que ocorre na evolução da manufatura para a indústria, a incorporação tecnológica não substitui o trabalho vivo consumido no cuidado, nem tecnologias mais antigas (1990, p. 52).

“Na última década, o movimento pela qualidade, introduzido nos setores industrial e de serviços, expandiu-se para o setor de saúde” (ROONEY e OSTEMBERG, 1999, p. 3), onde. "o conceito de qualidade evoluiu e ganhou a visão de satisfação do cliente" (SALVAYA, 2002. p. 12).

Questões de tecnologia também influenciaram para que o setor saúde tivesse uma abordagem diferenciada. O incremento de tecnologia tornou necessário também que houvesse um controle maior da qualidade a fim de se tentar diminuir os custos, uma vez que pesquisas mostravam que esta maior tecnologia não estava melhorando os índices de morbimortalidade como afirma Reis: “O aumento global dos custos e a incorporação de grande quantidade de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades não têm dado, como resultado, a redução da morbimortalidade” (1990, p. 52). Este aumento de

tecnologia (exames complementares) e o aumento dos custos também impulsiona as pesquisas na área da qualidade onde foi observado que questões tecnológicas não influenciam apenas na qualidade mas também depende “do fator humano, pois são agentes deste cenário, figuras ilustres como o médico, o paciente, os funcionários, e a comunidade que interferem direta ou indiretamente na satisfação do cliente” (SALVAYA, 2003, p. 37 e 38).

Outro aspecto diferencial para o setor saúde está na questão dos profissionais. Na indústria há uma linha de autoridade clara que flui do gerente para o trabalhador e os especialistas lotados em órgãos de suporte atuam como auxiliares da gerência, podendo dispor de alguma autoridade específica sobre determinados segmentos da empresa. Já os médicos são subordinados a administradores e ao mesmo tempo detentores de conhecimentos específicos na maioria das vezes desconhecidos por seus chefes administradores.

Os médicos intervêm diretamente em toda a organização, exercendo poder sobre os demais funcionários, muitas vezes desafiando as regras administrativas vigentes e, detendo a maior responsabilidade e o controle sobre a atividade fim desta organização – a assistência aos pacientes (SMITH apud BRAGA NETO, 1991, p. 39).

Para Mauksch apud Braga Neto, o médico é quem determina os procedimentos tendo, sua equipe, que segui-lo nas ações e mantêm-se formalmente afastado de determinações de administrador.

Também ocorrera comparações com uma federação onde "o hospital assemelha-se mais a um sistema federativo do que a uma entidade monolítica" [...] "onde cada departamento goza de uma considerável autonomia na organização e controle de suas tarefas" (WILSON apud BRAGA NETO, 1991, p. 46).

A partir destas observações que também Mintzberg (1995) refletiu sobre a especificidade do processo de trabalho na área da saúde. Segundo ele, nesta

área a organização hospitalar tem uma natureza peculiar, configurando-se como uma estrutura mais profissional e burocrática e não 'mecanizada' como em outras organizações – indústria, comércio, bancos, etc. Na área da saúde, o treinamento e a doutrinação são utilizados como parâmetros para delinear a estrutura organizacional dos hospitais. O trabalho médico exige muito treinamento e é extremamente específico – diversas especialidades e subespecialidades – que fazem com que seja muito difícil dirigi-lo. O médico detém o controle sobre seu processo de trabalho, sendo dificilmente submetido a regras ditadas de cima para baixo. Mintzberg (1995) chama a atenção para o fato de que nos hospitais há uma hierarquia dupla, uma de cima para baixo – da direção para os serviços – e outra dos médicos para cima – dos serviços para a direção, em função do grau de controle dos médicos sobre as técnicas diagnósticas e terapêuticas. Foi por conta dessas características que surgiu o campo de estudos sobre este tipo de organização: administração hospitalar.

Mintzberg classifica o hospital – organização de saúde típica – como uma 'burocracia profissional', na qual se enfatiza o poder da perícia ao invés do poder do cargo como na 'burocracia mecanizada', forma de organização mais comum correspondente ao que se encontra nas indústrias, bancos, grandes grupos comerciais, etc. A burocracia profissional funciona como uma pirâmide invertida onde a grande quantidade de profissionais qualificados tece comentários e regras para os administradores.

Estas são algumas das características que tornam o processo de trabalho na área da saúde bem diferenciado que nas organizações industriais e, por esta maneira tem-se um pensamento diferenciado quanto a teoria das administrações. Pode-se dizer que dentre as duas principais teorias administrativas, o toyotismo apresenta maior aplicabilidade na saúde do que o fordismo e o taylorismo. Isto vale talvez ainda mais no caso da Saúde da Família, onde o médico deve trabalhar em equipe (semelhante ao que prega o ohnismo ou, toyotismo), além de seu trabalho apresentar uma grande variação, tanto pelos diferentes casos clínicos, quanto pelos processos de trabalho – promoção, prevenção, educação,

etc. Hoje a teoria administrativa chegou à medicina, como afirma Rosen (apud BRAGA NETO):

[...] pode-se dizer que a Revolução Industrial finalmente alcançou a medicina e que o médico está sendo trazido para dentro da fábrica, onde ele está sendo submetido à necessária disciplina do trabalho [...] (1991, p. 47).

A partir daí Donabedian sistematizou a avaliação da qualidade da atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado.

2.2.2. Qualidade na saúde segundo Donabedian

Outro autor que analisou a qualidade como instrumento de gestão nos serviços de saúde é Avedis Donabedian, um pediatra armênio radicado nos EUA, que se dedicou, de maneira sistemática, a estudar sobre qualidade nos serviços de saúde e vêm publicando uma série de importantes trabalhos para a literatura médica nos últimos 30 anos. Seu artigo que deu origem a este pensamento foi publicado em 1978 e, dificilmente são encontrados artigos na literatura que não se baseiem ou citem, com destaque, o trabalho desse autor. O autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado, resumido por Reis et al:

Enquanto os estudos de estrutura se desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, os estudos de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população (1990, p. 53).

A avaliação da qualidade, segundo o autor, comporta duas dimensões. O desempenho técnico e o relacionamento pessoal. O aspecto 'estrutura' se volta

para os recursos físicos empregados na atenção à saúde e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. O aspecto 'processo' descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. O aspecto 'resultado' descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Segundo Donabedian:

O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (apud Reis et al, 1990, p.53).

Desta forma, para Donabedian, a qualidade do serviço prestado na assistência médica é decorrente da interação entre o uso dos métodos adequados ao tratamento por parte do médico acrescido da aquiescência do cliente que participa ativamente do processo de decisão. Através da comunicação entre o médico e o paciente pode ou não ser estabelecida uma relação de credibilidade e confiança, relação esta que permite a obtenção de maiores benefícios de acordo com os recursos disponíveis.

Em relação à estrutura, Donabedian recomenda que sejam considerados os seguintes aspectos: organização administrativa da atenção; características das instalações e da equipe de saúde (perfil, preparação e experiência dos profissionais) e sua adequação às normas vigentes (Reis et al, idem). Processo abrange, em geral, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os clientes. É sobre essas relações que se obtêm o resultado da assistência e é daí que se retiram as bases para a valoração da qualidade.

Finalmente em relação aos resultados, Donabedian considera que deve ser avaliado o que ocorreu com a saúde dos indivíduos ou da população, em função das ações desenvolvidas pelos profissionais e serviços de saúde.

Os diferentes estudos de avaliação dos serviços de saúde hoje desenvolvidos referenciam-se em uma ou mais categorias donabedianas.

Como vai se ver adiante, tais aspectos – estrutura, processo e resultados - são elementos importantes da AMQ.

2.2.3. Acreditação, Certificação e Licenciamento

A avaliação de qualidade em serviços de saúde possui três abordagens reconhecidas pelo setor: acreditação e certificação e licenciamento. Elas são baseadas em padrões pré-definidos e avaliados por organizações independentes e são abordagens de avaliação da qualidade existentes para atender as necessidades de informação sobre qualidade e desempenho.

Essas abordagens foram aperfeiçoadas pela experiência ao servirem a diferentes propósitos e oferecerem diferentes perspectivas sobre o nível de qualidade alcançado. Por exemplo, os padrões de acreditação são, na maioria das vezes, elaborados levando-se em conta o nível máximo passível de ser alcançado, para estimular melhorias ao longo do tempo. Os critérios ou padrões usados para licenciamento, por outro lado, são geralmente fixados a um nível mínimo, eis que voltados para garantir que a instituição disponha dos componentes essenciais necessários aos cuidados a pacientes em um ambiente com um mínimo de risco à saúde e à segurança. A certificação é uma abordagem que pode contemplar profissionais individuais bem como instituições ou setores de uma instituição (por exemplo, laboratório ou radiologia), como são os padrões da ISO 9000, que avaliam a conformidade a especificações determinadas. A certificação também pode incluir uma avaliação da capacidade da instituição em atender a certos

padrões, para se habilitar a receber fundos do governo. A certificação de um profissional de saúde pode refletir o seu conhecimento e habilidade em uma área especializada, como especialista em emergência ou obstetra.

Elas tem um histórico no passado em torno da década de 1910. quando Codman publicou um estudo intitulado: "A Study in Hospital Efficiency: the first five years" (1916) que apresentava uma proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares, bem demonstrado por Reis e colaboradores onde:

Relatava, caso a caso, a que se poderia atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual momento em que se poderia ter uma avaliação definitiva do caso e, por fim, o que poderia ocorrer até mesmo um ano depois de terem sido realizadas as intervenções (1990, p. 51).

Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais. Como consequência deste trabalho e dos estudos desenvolvidos por Codman, cria-se, em 1928, o Hospital Standardization Program, que é o embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH).

A atual *Joint Commission* era denominada anteriormente como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Segundo a *Joint Commission* (THE JOINT COMMISSION, acesso em: 22/03/09), o Colégio de Cirurgiões Americanos (ACS) desenvolveu o primeiro conjunto de padrões para os hospitais em 1917 (*Minimum Standard for Hospitals*).

Esta forma de avaliação da qualidade das organizações hospitalares teve sua origem em 1913 no Colégio Americano de Cirurgiões, da cidade de Filadélfia, através do programa de Padronização de Hospitais. No ano de 1919, o Colégio adotou 5 padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, conhecidos por "Padrão Mínimo". Em 1951, ocorreu a união entre o Colégio de Americano de

Cirurgiões e outras instituições, surgindo a partir desta união a Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar (*Joint Commission Accreditation of Hospitals*).

Quando se fala em qualidade dos serviços hospitalares ou de outros níveis de atenção considerados cada um em sua totalidade, é necessário abordar a acreditação hospitalar ou de outro serviço e saúde. Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental (ONG) avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, pré-determinados e publicados.

No Brasil este tipo processo de avaliação e certificação vem sendo desenvolvido principalmente através de duas iniciativas diferentes: a) o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), que importou a filosofia norte-americana do *Accreditation Manual for Hospitals* (AMH), da *Joint Commission* e o adaptou à realidade brasileira; e b) o Ministério da Saúde, baseado em metodologia originalmente da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e que se configura como um programa do Ministério (Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar).

Para entender melhor esta metodologia de avaliação da qualidade das organizações hospitalares se faz necessário definir o que vem a ser a Acreditação Hospitalar: Segundo o Ministério da Saúde:

Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (BRASIL, 1998 p. 11).

Para o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde:

Acreditação Hospitalar é um processo permanente e voluntário de acreditar. Este processo consiste numa avaliação da qualidade dos serviços, tendo como referência padrões pré-definidos que expressam a visão de grupos da sociedade interessados em boas práticas. O padrão é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência, ou ainda ao que possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar (1999, p. 1).

O processo de acreditação é normalmente um programa voluntário, patrocinado por uma organização não-governamental, no qual pares treinados

externamente avaliam a conformidade da instituição de saúde com padrões de desempenho pré-estabelecidos. O processo de acreditação contempla a capacidade ou desempenho da instituição, não do profissional individual. Este processo enfoca estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade, e não apenas a conformidade a padrões mínimos voltados para garantir a segurança da assistência prestada.

Segundo o Ministério da Saúde os padrões de acreditação são desenvolvidos por um consenso de especialistas em saúde, publicados, analisados e revistos periodicamente para ficarem sempre atualizados (BRASIL, Secretaria de Assistência a Saúde 2002). Os principais objetivos da acreditação são:

- Melhorar a qualidade dos cuidados à saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde;
- Estabelecer uma base de dados comparativos de instituições de saúde voltada para atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados à saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e “melhores práticas” na área da saúde;
- Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde; e
- Reduzir os riscos associados a lesões e infecções em pacientes e membros do *staff*.

Um exemplo é dado por Rooney:

A acreditação de postos e centros de saúde pode exigir o alcance de uma taxa pré-determinada de cobertura de beneficiários em serviços de prevenção. Um exemplo pode ser a exigência de que 80% das crianças estejam totalmente imunizadas no seu primeiro ano de vida (1999, p.9).

Outras alternativas para se avaliar a qualidade das ações nos serviços de saúde são: a certificação que é um processo através do qual uma instância organizacional (governamental ou não), avalia e reconhece uma pessoa ou organização que cumpre requisitos ou critérios pré-estabelecidos; e o licenciamento que consiste em um processo através do qual uma autoridade governamental outorga permissão a um profissional de saúde individual ou a uma organização de saúde para prestar serviços de saúde. Sustenta-se no cumprimento de certos requisitos mínimos para a oferta de serviços. A licença tem um período de vigência que requer renovação contínua, segundo a International Organization for Standardization (ISO).

O interesse entre um ou outro tipo de avaliação depende do propósito, objetivos e mecanismos utilizados para avaliação da melhoria da qualidade.

2.2.4. Qualidade da Atenção Básica

Existem vários conceitos quando se pensa em avaliar a qualidade da atenção básica. E esses conceitos são consagrados internacionalmente como: “a continuidade e o vínculo entre equipes e os usuários, a integralidade da atenção em seus aspectos de coordenação e abrangência dos cuidados prestados, o enfoque familiar e comunitário e a acessibilidade” (Campos, 2005. p.65).

Outros aspectos importantes quanto à qualidade da Atenção à Saúde Básica podem ser, ainda segundo Campos:

Participação dos gestores, profissionais de saúde, organizações comunitárias e da população em geral; a aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde; a elaboração de um projeto de implantação; a identificação de áreas prioritárias; a composição das equipes; a cobertura assistencial por equipe de saúde da

família; o mapeamento e o diagnóstico das áreas e micro-áreas de atuação; a implantação e alimentação de sistema de informação; o processo de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais; o planejamento local das atividades; a programação das atividades, incluindo um elenco de metas de desempenho e cobertura pré-estabelecidas; a organização de métodos e rotinas de trabalho; a educação permanente (2005, p.65).

Devido a esses aspectos da qualidade no universo da saúde pública, da Atenção Básica e, em especial da Estratégia Saúde da Família, pensou-se também de criar um método para avaliar a qualidade da atenção à população adscrita na abrangência de uma equipe de PSF.

O instrumento para a “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ”, desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) incorporou vários desses aspectos importantes para a qualidade da Atenção Básica, sendo analisado no item seguinte.

2.3. A AMQ

2.3.1. Origem e características gerais

Esta metodologia, criada pelo DAB/MS, é apresentada pelos “Cadernos de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que são cinco ao todo (BRASIL, 2006). Campos descreve da seguinte forma o processo de desenvolvimento da AMQ:

Por meio da constituição de um grupo técnico, com a participação de municípios e estados, elaborou-se a proposta de "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" sob a gerência da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e ainda com a cooperação técnica e financeira da Organização Panamericana da Saúde e do Banco Mundial e a assessoria

técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (2005. P.64).

A AMQ estabeleceu diversos padrões sobre diferentes campos de atividade da Saúde da Família. A aplicação do método é feita através de auto-análise pelas equipes de saúde da família, que respondem um conjunto de perguntas sobre como estão sendo executadas as atividades do programa, como cada pergunta corresponde a diferentes estágios de desenvolvimento das atividades, pode-se fazer uma avaliação do processo de trabalho, visando identificar os pontos fortes e fracos, para que as equipes possam trabalhar para corrigir os últimos.

A AMQ se propõe a estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade permitindo aos atores envolvidos a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para uma melhoria da qualidade. Um assunto que traz muita subjetividade, mas que deve ser apropriado pelos profissionais envolvidos na Estratégia. A adesão a AMQ pelos gestores municipais é voluntária, o Ministério espera que os mesmos sejam “motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade” (BRASIL, 2006, p.12).

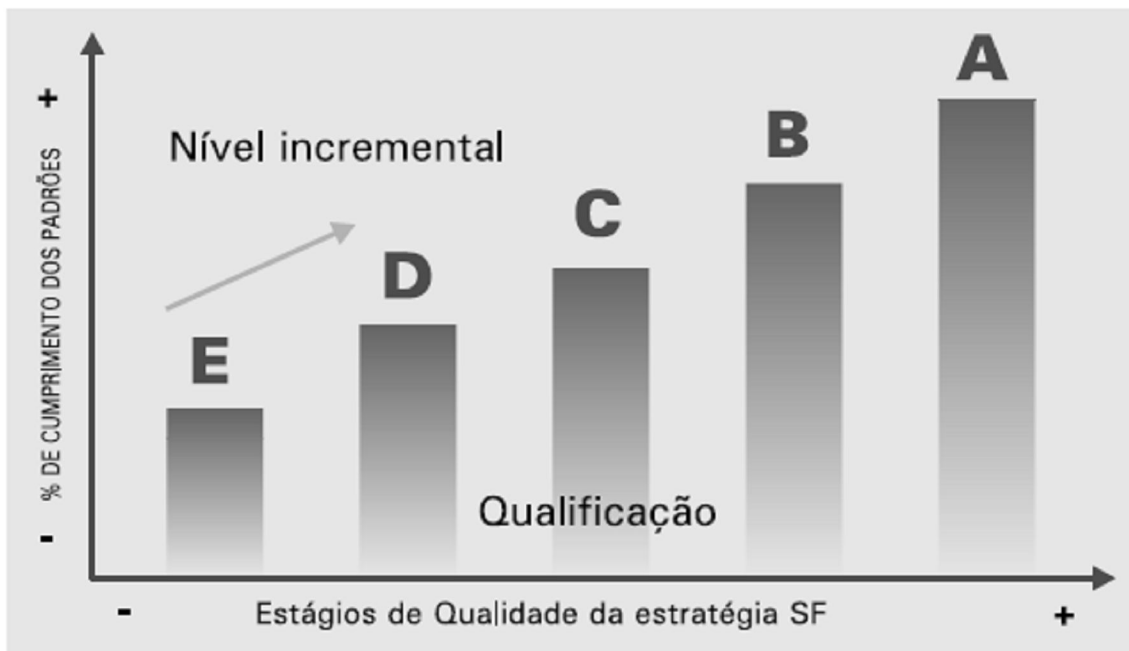
É uma proposta de avaliação interna (auto-avaliação) com temas específicos para cada ator envolvido: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes para formarem seus diagnósticos internos (situação atual do processo de trabalho). A avaliação interna articula elementos da avaliação normativa e da melhora contínua da qualidade (MCQ), apresentando como uma metodologia de gestão interna dos serviços. A auto-avaliação é uma técnica relativamente nova que não é muito usada pelas organizações tradicionais, não havendo muita literatura a respeito. Para o DAB/MS, a auto-avaliação no caso da Estratégia Saúde da Família é uma metodologia satisfatória visto as peculiaridades da Estratégia (BRASIL, 2006).

A AMQ tem como objetivo geral, “fomentar a avaliação dos estágios de qualidade da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2005, p. 13) e, como objetivos específicos: disponibilizar ferramentas facilitadoras para diagnóstico e planejamento das intervenções e melhorar de maneira contínua a qualidade da

gestão e dos serviços de saúde; verificar os estágios alcançados pelos municípios. Essa metodologia não se deve relevar o fato de que o componente gestão determina as condições e oportunidades para o componente equipe acontecer.

2.3.2. Conceituação básica

A metodologia se baseia na identificação de distintos padrões de qualidade, construídos com base nos princípios desenvolvidos pela Sociedade Internacional para Qualidade na Atenção à Saúde (ISQua) (BRASIL, 2006, p.31). Tais princípios para a construção de padrões são baseados em conceitos chave, independente de qual seja ao seu conteúdo e a sua área de aplicação. Para que os padrões tenham legitimidade, consigam a adesão dos profissionais e tenham aplicabilidade para um uso rotineiro dentro do sistema/serviço de saúde, têm que reunir um conjunto de características básicas definidas pela ISQua . As duas características básicas são: a) abrangência, que se refere ao enfoque clássico (estrutura, processo, resultado); e b) sensibilidade, que procura evidenciar mudanças para que os padrões sejam capazes de avaliar os processos de aprimoramento e evolução e avanços assim como os retrocessos nos estágios de qualidade no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços; e a facilidade na aplicação pois devem ser compreensíveis e de fácil aplicação. Esses padrões foram quantificados quanto ao nível incremental do padrão E (inferior) para o A (superior), como mostra a figura 3.



Fonte: BRASIL, 2006, P. 37.

Figura 3: Demonstração dos padrões quanto ao seu nível incremental

Sendo:

- Estágio E (qualidade elementar): seus padrões abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia saúde da família;
- Estágio D (qualidade em desenvolvimento): seus padrões abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho;
- Estágio C (qualidade consolidada): seus padrões se referem a processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações;
- Estágio B (qualidade boa): seus padrões estão relacionados a ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados; e

- Estágio A (qualidade avançada): cujos padrões se colocam como o horizonte a ser alcançado por todas as equipes, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

Espera-se que os estágios não representem situações estanques, estacionárias de qualidade, mas que reflitam momentos de um processo do grupo envolvido na estratégia e os sucessos no alcance de um conjunto de padrões. Neste sentido, o resultado da análise não se configura como uma classificação por estágio de um município em relação a outro e sim na possibilidade de avaliar a qualidade da estratégia em todos os seus aspectos (gestão e equipe) e/ou em aspectos pré-definidos (saúde da criança, saúde da mulher, por exemplo). Os padrões serão revisados contínua e oportunamente a fim de que estejam atualizados e compatíveis com a melhoria da qualidade esperada.

A avaliação da qualidade interage com o processo natural da evolução da qualidade nos serviços, permitindo evidenciar objetivamente os avanços e ganhos no processo como um todo. Acontece, assim, um processo de gradientes de qualidade, onde cada um corresponde a “momentos” do processo de maturação da qualidade. Observa-se que os estágios E, D, C são de situações relacionadas ao processo de implantação da estratégia saúde da família e os estágios B e A estão relacionados à evolução da qualidade das ações da estratégia.

2.3.3. Diretrizes

São as seguintes as diretrizes da metodologia:

- Especificidade: metodologia desenvolvida especificamente para este modelo de atenção;
- Autogestão: dirigida à gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade; significa que a condução do processo deverá dar-se internamente nos municípios;
- Abrangência: instrumentos universais, passíveis de aplicação em todo o território nacional;

- Aplicabilidade: facilidade de aplicação dos instrumentos de auto-avaliação e operacionalização dos registros no banco de dados;
- Livre adesão: a adesão deverá ser uma iniciativa voluntária do gestor municipal, abrangendo todas as equipes de Saúde da Família, suas unidades básicas e coordenações ou, excepcionalmente no caso dos grandes municípios, em regiões determinadas;
- Integração: esta proposta deverá ser apoiada pelas demais esferas de governo, especialmente as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da integração aos seus Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica;
- Sistema Digital: a operacionalização da proposta prevê muitas etapas informatizadas, via internet, quando são realizadas ações tais como o cadastramento do município, a disponibilização dos instrumentos de auto-avaliação e documentos técnicos, a alimentação dos resultados em banco de dados e a emissão de relatórios. Uma etapa não informatizada está, inicialmente, prevista entre estes processos: a resposta aos instrumentos de auto-avaliação na forma de impressos.
- Garantia de privacidade: os resultados das avaliações são acessíveis para usuários autorizados e cadastrados em cada esfera de gestão. Os resultados só poderão ser acessados pelos próprios municípios, pelo gestor estadual referente àquele município ou pelo Ministério da Saúde; e
- Qualificação: visando assegurar o componente pedagógico e qualificador da proposta, não estão previstos incentivos financeiros ou sanções relativas aos resultados obtidos.

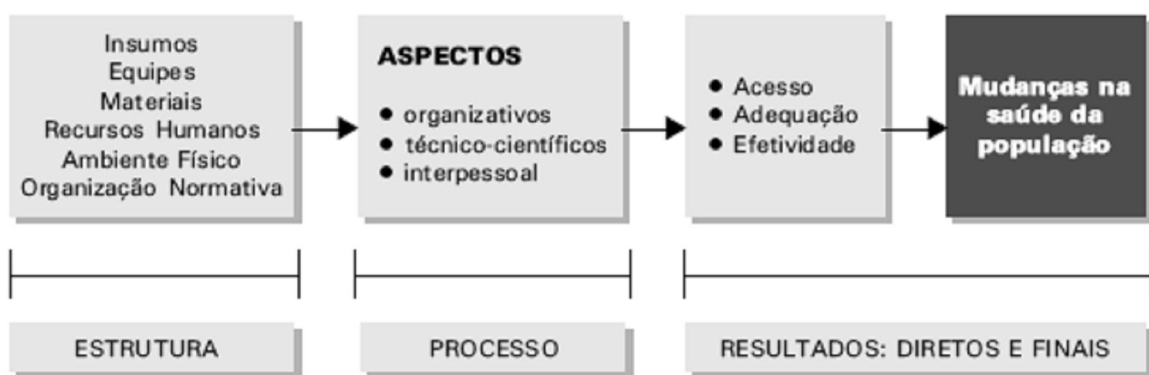
A livre adesão é um dos aspectos que torna a AMQ um método interessante, pois não tem uma cobrança de níveis superiores quanto a sua realização, consecutindo numa auto-avaliação com mais chances de veracidades.

Está livre adesão será discutida nas considerações finais no sentido de sugerir a supervisão/gestão a dar continuidade aos momentos avaliativos.

2.3.4. Métodos

Existem diferentes alternativas para avaliar a qualidade das ações, serviços e praticas de saúde com o objetivo de desenvolver processos de melhoria da qualidade. Elas variam segundo os propósitos de promoção da qualidade a que se destinam, o objeto da melhoria da qualidade ou os mecanismos utilizados. Pode-se ter uma avaliação externa ou interna. Na avaliação externa têm-se como exemplos: acreditação, certificação e licenciamento (ISO). A AMQ utiliza a avaliação interna articulando elementos de avaliação normativa e da melhoria da qualidade contínua através de metodologias internas de gestão de serviços. Ocorre então uma seqüência de passos. Primeiramente uma perspectiva da avaliação, evoluindo para utilização de planilhas executoras de tarefas, promoção destas atividades para fazer gestão da qualidade na atenção básica.

Assim como em Donabedian a AMQ baseia-se na teoria dos sistemas em que se consideram os elementos de estrutura, de processo e de resultado, mas prioriza, para uma abordagem de gestão em equipe, dos elementos do processo de trabalho, como mostra a figura 4.



Fonte: BRASIL, 2006, P. 25.

Figura 4: Elementos de avaliação das equipes de Saúde da Família

Os instrumentos utilizados junto às ESF avaliam diferentes dimensões do trabalho. Nesta pesquisa serão avaliados os seguintes instrumentos com suas dimensões:

Os instrumentos utilizados junto às ESF avaliam diferentes dimensões do trabalho. Nesta pesquisa serão avaliados os seguintes instrumentos com suas dimensões:

- Instrumento nº. 4 – Dimensão: Consolidação do Modelo de Atenção;
- Instrumento nº. 5 – Dimensão: Atenção à Saúde.

A dimensão 'Consolidação do Modelo de Atenção' é subdividida nas seguintes subdimensões:

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

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 freqüentes.	(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.			

Fonte: BRASIL, 2006.

**Figura 5: AMQ, Exemplo de padrões de avaliação da subdimensão
'Organização do Trabalho em Saúde da Família'**

A dimensão 'Atenção à Saúde' é subdividida nas seguintes subdimensões:

- Saúde de crianças;

- Saúde de adolescentes;
- Saúde de mulheres e homens adultos;
- Saúde de idosos;
- Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis;
- Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada.

Essas subdimensões conseguem contemplar aspectos organizativos; técnicos científicos e de relação interpessoal como: promoção da saúde; prevenção de agravos e doenças; diagnóstico precoce e tratamento; reabilitação; diagnóstico; planejamento das ações; utilização de normas e protocolos; avaliação de cobertura, desempenho e resultados; promoção de ações inter-setoriais; atenção centrada na família e na comunidade.

Maiores detalhes da AMQ quanto aos seus instrumentos, suas dimensões, subdimensões e, especificamente quanto aos instrumentos 4 e 5 inclusive com exemplos dos padrões para avaliação, estão disponíveis para maiores esclarecimentos no apêndice, no final desta dissertação como mostra o sumário.

2.3.5. Aplicação

A metodologia AMQ deu-se início em 2004 no Brasil através da divulgação e apoio técnico do governo federal e, o governo estadual, contribuindo com a divulgação, colaboração com facilitadores, planejamento e programação de etapas de implantação e, apoio. No início, 25 municípios participaram como um dos municípios-piloto para avaliação do método e posterior validação. Foram escolhidos municípios com perfis diferentes entre si como tamanho, tempo de estratégia saúde da família implantada. Na época o município de Petrópolis participou como um dos municípios-piloto (Minozzo, 2009).

Segundo a palestra realizada na oficina 8 do X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade realizado em dezembro de 2009 em Florianópolis a AMQ teve uma aceitação (municípios cadastrados para executar a AMQ) de um número próximo a 20% dos municípios brasileiros. Foram em torno

de um mil municípios que aderiram, fato comemorado pela equipe da palestra pelo fato de ser livre a adesão à metodologia. Apenas 227 municípios (4,4%) entregaram os questionários respondidos – ou os postaram no site da AMQ – relativas ao primeiro momento avaliativo e apenas 80 municípios entregaram as respostas do segundo momento. A distribuição por regiões brasileiras foi de: 41% do SE, 21% do NE, 14% do S e, 10 do CO.

3. OBJETIVOS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo Geral

Avaliar o potencial da AMQ como instrumento de gestão da qualidade na Saúde da Família, com base nos resultados da aplicação da metodologia AMQ entre as equipes de saúde da família (ESF).

3.1.2. Objetivos Específicos

São os seguintes os objetivos específicos deste Projeto:

1. Analisar de forma comparativa as respostas selecionadas aos questionários AMQ de todas ESF de Petrópolis, visando identificar as variações entre os dois diferentes momentos avaliativos da metodologia;
2. Analisar elementos importantes relacionados com as ESF que podem ter influenciado a variação dos resultados entre os dois momentos;
3. Avaliar a AMQ como instrumento de gestão da qualidade dos processos de trabalho e do PSF como um todo.

3.2. Métodos e procedimentos

3.2.1. Métodos

A amostra estudada foi composta pelas ESF de Petrópolis que participaram dos dois momentos de aplicação da AMQ (2007 e 2008), que correspondeu a 28 das 35 equipes existentes no Município na época.

O estudo envolveu principalmente métodos quantitativos (estatística descritiva simples). O trabalho quantitativo envolveu, em primeiro lugar, uma pesquisa descritiva sobre os instrumentos de avaliação da AMQ nos dois momentos em que esta foi aplicada no Município. Para tanto construí uma planilha que permitiu comparar a evolução da situação de todas as equipes da primeira para a segunda avaliação (ver anexo 1) em termos absolutos e percentuais. Foi

verificada a evolução, medindo cada uma das subdimensões dos instrumentos 4 e 5 (instrumentos de responsabilidade das equipes quanto ao processo de trabalho) avaliadas pela AMQ – Organização do Trabalho; Acolhimento; Promoção; Participação Comunitária; Vigilância: Ações gerais e Atenção á Saúde: Saúde da Criança; Adolescente; Adultos; Idosos; Doenças Transmissíveis; Agravos Regionalizados – nos dois momentos de aplicação. Desta forma registarei nas planilhas 1 e 2 (Anexo 1) o conceito atribuído (E – elementar; D – desenvolvimento; C – consolidado; B – boa; e A – Avançado), atribuindo aos mesmos, notas de 1 (E) a 5 (A), o que permitiu avaliar a diferença do primeiro para o segundo momento em termos absolutos e percentuais (Planilha 3 do Anexo 1).

3.2.2. Procedimento de análise dos dados

A análise envolveu, em primeiro lugar, a elaboração de tabelas de distribuição de freqüências simples para a caracterização do grupo estudado. As análises estatísticas incluíram a elaboração de tabelas de contingência com as distribuições das duas aplicações da AMQ.

Para cada nível incremental de cada subdimensão foi dada uma nota de acordo com o nível incremental e a quantidade de questões (múltiplos de 1 a 5) de cada subdimensão. A partir da atribuição dessas notas para cada nível incremental em cada subdimensão, as mesmas foram somadas para cada subdimensão e em relação a cada equipe e o total das mesmas por subdimensão para permitir a análise da variação entre o primeiro e o segundo momento da aplicação da AMQ. A partir desses somatórios foram calculados os percentuais correspondentes a cada subdimensão e equipe. Para preservar a identidade das equipes, os nomes das mesmas não são revelados no texto deste trabalho.

A partir dos somatórios e percentuais calculados para cada momento de aplicação do método, fiz uma comparação entre os dois momentos. Também procedi a uma comparação entre os resultados de Petrópolis com os resultados da situação nacional, possível a partir de dados apresentados inicialmente na Oficina 8 do X Congresso Brasileiro de Saúde da Família realizado pela Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade, em dezembro de 1999, em

Florianópolis e, posteriormente, obtidos via internet junto à Assessoria Técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do DAB/SAS/MS (MINOZZO e VIDAL, 2009).

Por último analisei as equipes por quartis (grupos de 7, ou 25% da amostra) de evolução dos resultados alcançados. Para tanto montei uma tabela organizada em ordem decrescente do percentual da variação dos momentos aplicativos da AMQ (escala). Com esta escala dividiu-se as 28 equipes em quatro grupos compostos cada um por 25% da amostra, assim organizados:

- Primeiro quartil: representando pelas equipes com os índices mais elevados de evolução (acima de 51% de evolução positiva);
- Segundo quartil: equipes com índices de evolução médio-superiores (entre 25% e 51,7% de evolução positiva);
- Terceiro quartil: formado pelas equipes com índices de evolução médio-inferiores (entre 5,49% e 25% de evolução positiva); e
- Quarto quartil: formado pelas equipes com os menores índices de evolução (entre 34,4% negativos e 5,13% positivos de evolução).

Em seguida, comparei esses grupos ou quartis com as diferentes situações na variação da composição das equipes entre a primeira e a segunda aplicação:

- Mesmos profissionais;
- Mudaram os dois profissionais;
- Mudou apenas o enfermeiro;
- Mudou apenas o médico.

A opção pela análise centrada nas figuras do médico e do enfermeiro se justifica pelo fato de ambos os profissionais constituírem o núcleo técnico básico da Saúde da Família e constituírem, em geral, as principais referências tanto para os demais membros da equipe, quanto para a própria população. Tal comparação visou verificar qual a possível influência dessas situações sobre a evolução dos resultados.

3.2.3. Problemas no levantamento

A obtenção dos dados da segunda aplicação da AMQ foi muito difícil. Procurei obter os dados, quase que semanalmente, entre o início de agosto e meados de novembro, ou seja, ao longo de quase quatro meses. O responsável pelos dados da AMQ da equipe de Supervisão dizia a todo o tempo ter dificuldade para recuperar os dados porque os mesmos não haviam sido salvos nos computadores da Supervisão, dependendo de ter de procurá-los junto à base de dados do Ministério da Saúde. Como houve mudança do local físico da Supervisão, os questionários em papel estavam guardados em pacotes não identificados e a equipe de coordenação do PSF continuava sem acesso à Internet até o final de 2009. Depois de muita insistência, tive de levar um computador portátil com modem para que o responsável pelos dados da AMQ pudesse acessar a base de dados do Ministério, o que só podia ser feito por ele, em função de necessitar de senha especial. Graças à sua cooperação foi possível superar as dificuldades criadas pela mudança da sede da Supervisão.

Dessa forma, todo o planejamento previsto no projeto foi alterado, esperava-se que análise estivesse concluída ao final de novembro, mas como os dados só foram obtidos nessa época, a análise começou em dezembro.

4. RESULTADOS

4.1. Contexto da aplicação da AMQ em Petrópolis e dados nacionais

O primeiro momento avaliativo da AMQ em Petrópolis aconteceu em abril de 2007 com metade do número dos postos entregando o resultado e, em maio de 2007 a outra metade. O segundo momento foi aplicado por um em abril 2008 e outro em julho de 2008, num total de oito semanas.

Trinta e cinco equipes de saúde da família participaram do primeiro momento avaliativo sendo que no segundo momento, sete equipes não responderam ou não entregaram os resultados de seus questionários (queda de 20%). Destes sete, dois pertencem a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), não tendo a supervisão feita pelos supervisores da coordenação do PSF da Prefeitura. Tanto o primeiro como o segundo momentos avaliativos tiveram orientação da Supervisão municipal do PSF para que as equipes participassem do processo.

A segunda aplicação foi feita em ano eleitoral (eleições municipais), e a Supervisão tomou a decisão de deixar como opção das equipes a participação ou não no processo. Também houve mudanças dentro da equipe de Supervisão, no período. O município de Petrópolis é dividido em oito áreas de supervisão, das quais cinco tiveram seus supervisores mudados entre a primeira e a segunda aplicação. Apenas três áreas tiveram os mesmos supervisores supervisionando os dois momentos avaliativos da AMQ. Cabe acrescentar que o supervisor responsável pela coordenação da AMQ em Petrópolis permaneceu o mesmo nos dois momentos. A coordenação geral do PSF no município de Petrópolis foi a mesma pessoa nos dois momentos avaliativos. Tais fatores podem estar por trás da explicação para a redução do número de equipes que participaram do primeiro para o segundo momento.

4.2. Análise comparativa das duas aplicações da AMQ

4.2.1. Instrumento 4

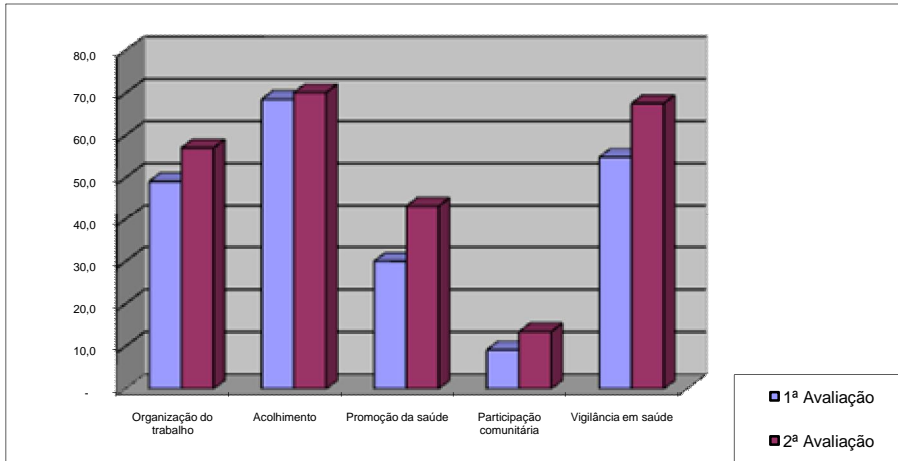
A tabela 2 e a figura 6, a seguir, apresentam os dados da variação percentual de cada subdimensão avaliada pelo instrumento 4 entre a 1ª e a 2ª avaliação aplicada nas USF de Petrópolis, incluindo a variação total.

Tabela 2: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 4 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008

Itens de avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Variação % entre a 1ª e a 2ª Aval.
Organização do trabalho	49,2	57,1	16,1
Acolhimento	68,6	70,2	2,3
Promoção da saúde	30,1	43,3	43,9
Participação comunitária	9,2	13,5	46,7
Vigilância em saúde	54,9	67,6	23,1
Total Petrópolis	44,5	53,4	20,0
Total Brasil	54,2	63,2	16,6

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados.

Na figura 6 e na tabela 2 pode observar uma evolução em todas as subdimensões numa média de evolução de 20%. A subdimensão acolhimento é a que teve a maior nota para qualidade com relação à AMQ, sugerindo que o princípio da Estratégia Saúde da Família “Responsabilização e Vínculo” (BRASIL, 2006, p.16) que é relacionada a esta subdimensão, Petrópolis consegue realizar com melhor êxito. Talvez devido ao fato de ter sido a subdimensão que atingiu a maior pontuação na primeira avaliação, foi aquela que apresentou a menor evolução – apenas 2.3% de evolução.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados.

Figura 6: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 4 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008

A subdimensão Promoção da Saúde sofreu um grande incremento com variação de 43,9%, refletindo talvez uma maior preocupação em mudar este cenário ou talvez uma maior facilidade de adotar esses princípios da “Promoção da Saúde” pelas equipes.

Por outro lado, o princípio da Estratégia: “Estímulo à Participação da Comunidade e ao Controle Social”, apresentou os piores índices na primeira avaliação (apenas 9,2%). Tal número sugere uma grande dificuldade das Equipes de Saúde da Família em abordarem a Participação Comunitária e Controle Social no seu processo de trabalho. Contudo foi a subdimensão com maior variação (46,7%) sugerindo tentativas das equipes em mudar este cenário quanto a este princípio: “Estímulo a Participação da Comunidade e Controle Social”. Os números apresentados sugerem que há necessidade de mais investimento por parte da gestão/supervisão no sentido de fortalecer a capacidade das equipes lidarem com este princípio da Estratégia.

4.2.2. Instrumento 5

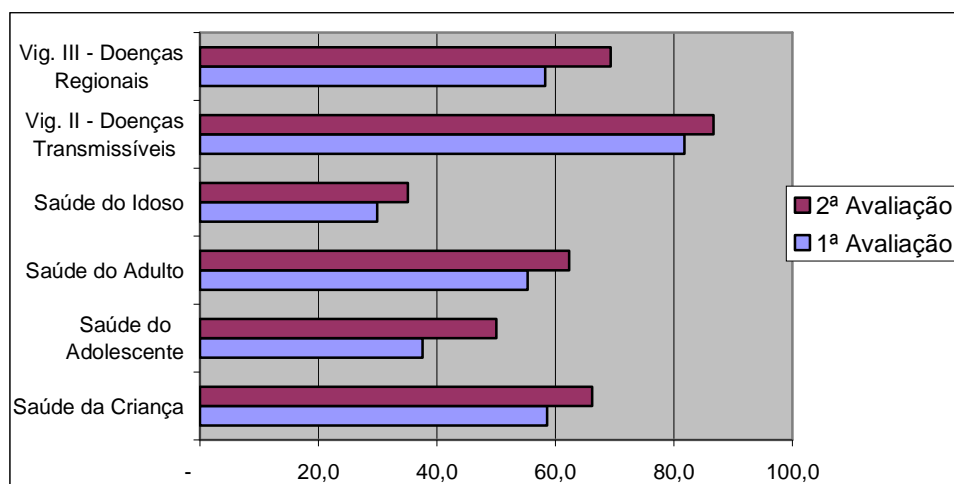
A tabela 3 e a figura 7 mostram a evolução das diferentes dimensões avaliadas pelo Instrumento 5 da AMQ.

Tabela 3: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 5 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008

Itens de avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Variação % entre a 1ª e a 2ª Aval.
Saúde da Criança	58,6	66,2	13,0
Saúde do Adolescente	37,6	50,0	33,0
Saúde do Adulto	55,3	62,3	12,7
Saúde do Idoso	29,9	35,1	17,4
Vig. II - Doenças Transmissíveis	81,8	86,7	6,0
Vig. III - Doenças Regionais	58,3	69,3	18,9
Total Petrópolis	58,3	65,0	11,5
Total Brasil	64,9	73,0	12,5

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Quanto ao instrumento 5 da AMQ (Atenção à Saúde), pode observar que a subdimensão Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis é a que apresenta melhores resultados na avaliação, com um percentual de 81,8% no primeiro momento e de 86,7% no segundo momento, mas com uma pequena evolução entre ambos (apenas 6%). Essa pequena evolução pode ser explicada pelo fato desta subdimensão já apresentar boa qualidade desde a primeira avaliação.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Figura 7: Variação percentual das subdimensões do Instrumento 5 da AMQ entre as duas avaliações, 2007-2008

Como a diretriz da Estratégia Saúde da Família, “Vigilância em Saúde no Controle de Doenças Transmissíveis” (BRASIL, 2006, p. 20), recebe uma atenção complementada tanto pelo Programas de DST/AIDS, quanto pelo setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, posso sugerir que tal suporte às equipes de Saúde da Família está contribuindo para que as mesmas venham conseguindo executar as ações exigidas nos padrões desta subdimensão e se auto-avaliarem como tendo uma boa qualidade (86,7%) quanto à execução dessa diretriz (Vigilância em Saúde no Controle de Doenças Transmissíveis).

A subdimensão Saúde do Adolescente é a que sofreu maior variação (33%) do primeiro para o segundo momento avaliativo sugerindo uma preocupação maior das equipes com relação a esta abordagem ou uma atenção maior dada pela gestão/supervisão, a partir do momento que foi oferecido para as equipes um treinamento de Saúde do Adolescente através do curso “Saúde de Adolescentes e Jovens” oferecido pela gestão/supervisão como multiplicadores do curso da “Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem” da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde para as equipes de Saúde da Família. Este curso pôde ter contribuído para o grande incremento dos percentuais de qualidade na atenção ao adolescente constatado na avaliação da subdimensão Saúde do Adolescente onde obteve um incremento de 33% na qualidade por ter incutido nas equipes, técnicas de abordagem à saúde do adolescente.

Outro aspecto que se observa é a baixa qualidade na atenção aos idosos como mostra a subdimensão Saúde do Idoso com um percentual de 35% na qualidade desta subdimensão.

4.3. Análise comparativa entre Petrópolis e Brasil

4.3.1. Instrumento 4

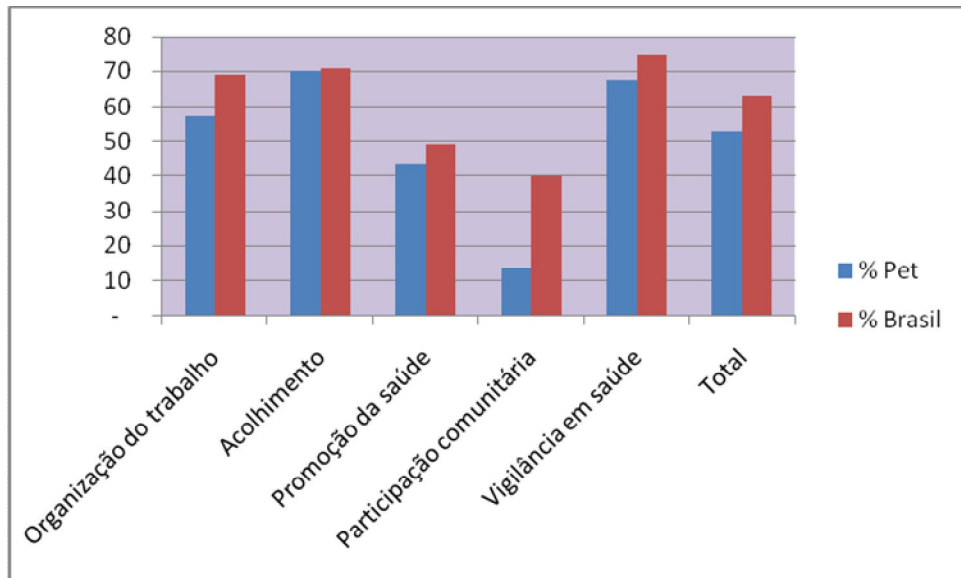
Comparando com os dados nacionais do segundo momento (tabela 4 e figura 8), pude observar que no âmbito nacional, neste caso para o instrumento 4, os percentuais do país estão acima dos de Petrópolis numa variação que vai de 1 a 27 pontos percentuais.

Tabela 4: Comparação entre o percentual das avaliações em Petrópolis e no Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008

Itens de avaliação	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Variação % entre a 1ª e a 2ª Aval.	
	Petróp.	Brasil	Petróp.	Brasil	Petróp.	Brasil
Organização do trabalho	49	59	57	69	16	17
Acolhimento	69	63	70	71	2	13
Promoção da saúde	30	40	43	49	44	23
Participação comunitária	9	30	14	40	47	33
Vigilância em saúde	55	68	68	75	23	10
Total	45	54	53	63	20	17

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de Medicina da Família e Comunidade.

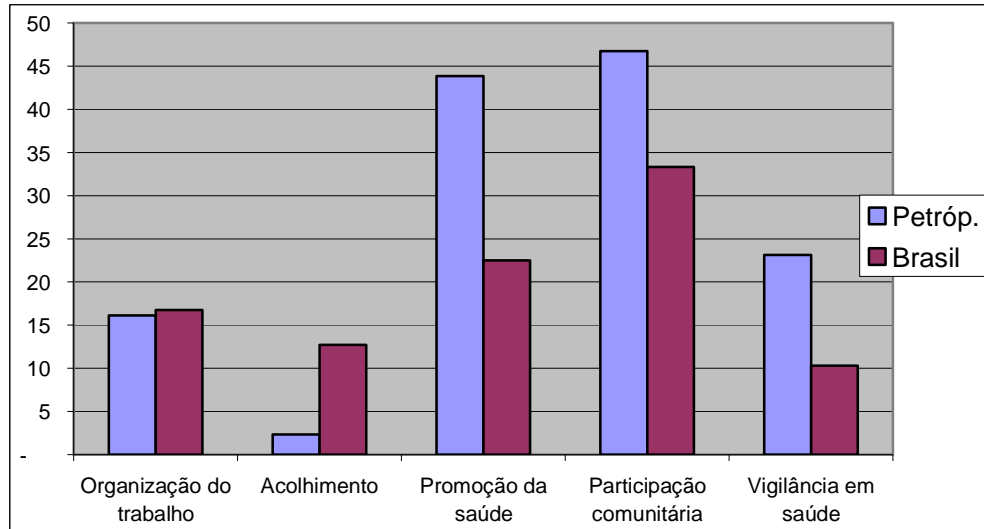
A subdimensão com melhores resultados da avaliação, através do percentual, nos dados para o país, é a Vigilância em Saúde, mas não se distanciando muito da subdimensão acolhimento que teve os melhores resultados da avaliação para Petrópolis, demonstrando uma semelhança de Petrópolis com a média dos municípios brasileiros na abordagem desses princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família: “Responsabilidade e Vínculo” (subdimensão Acolhimento) e; “Vigilância em Saúde, Controle de Doenças Transmissíveis” (subdimensão Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis).



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de Medicina da Família e Comunidade.

Figura 8: Comparação dos percentuais de qualidade do segundo momento avaliativo da AMQ entre Petrópolis e Brasil

O princípio da Estratégia Saúde da Família, “Estimulo à Participação da Comunidade e ao Controle social”, também teve uma avaliação baixa (40%) considerando a média nacional, mostrando semelhança com Petrópolis para a abordagem desse princípio.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de Medicina da Família e Comunidade.

Figura 9: Comparação das evoluções da qualidade entre Petrópolis e Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e, a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008

Comparando a variação da evolução de Petrópolis com os outros municípios brasileiros como mostram os dados da tabela 4 e da figura 9, observa-se que as subdimensões que tiveram mais variação em Petrópolis também tiveram grande variação no restante do país como nas subdimensões “Participação Comunitária” e “Promoção da Saúde”, subdimensões que apresentaram baixos índices avaliativos tanto no país como em Petrópolis (figura 8), mas que neste cruzamento de análise de dados mostra esta variação. Tal fato sugere uma preocupação cada vez maior das equipes para este princípio da Estratégia Saúde da Família, assunto antes nunca discutido em unidades de saúde, mas que agora vem fazendo parte das reuniões de equipe, mostrando uma mudança de perfil dos profissionais de saúde quanto a este princípio da Estratégia Saúde da Família.

4.3.2. Instrumento 5

Como mostra a tabela 5 e a figura 10 pode observar uma semelhança em percentuais de qualidade para as subdimensões da dimensão 5 da AMQ sendo

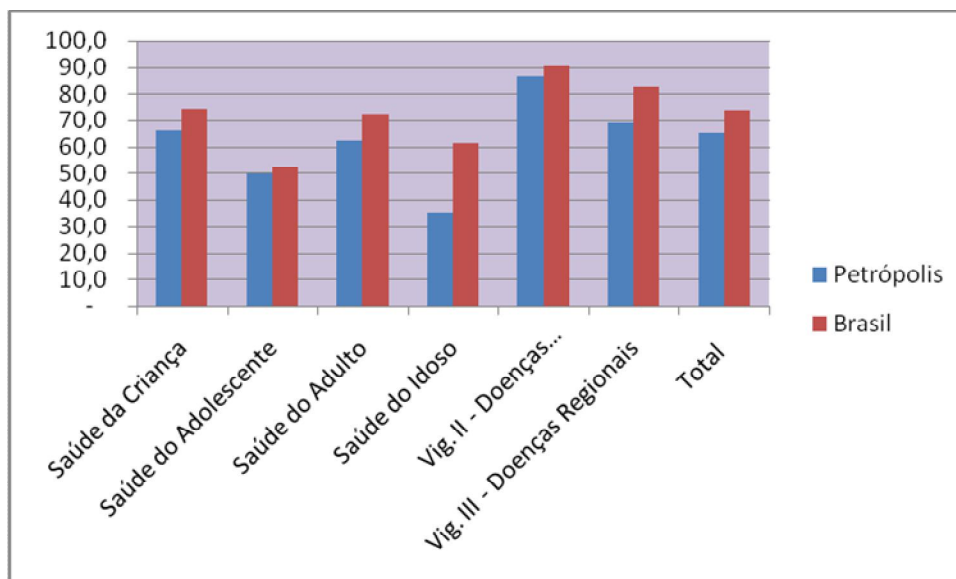
que Petrópolis teve uma pontuação abaixo do restante do país numa média de 8,8 pontos percentuais, com exceção da Saúde do Idoso que teve uma diferença maior entre os percentuais de Petrópolis e do Brasil com uma diferença de percentuais de 26.3%, requerendo como foi discutido no capítulo 4.2.2, maior atenção das equipes e supervisão/gestão.

Tabela 5: Comparação entre o percentual das avaliações em Petrópolis e no Brasil, por subdimensão do Instrumento 4 e a variação percentual entre as duas avaliações, 2005-2008

Itens de avaliação	2ª Avaliação		Diferença Brasil/ Petróp.	Variação % entre a 1ª e a 2ª Aval.		Diferença Brasil/ Petróp.
	Petróp.	Brasil		Petróp.	Brasil	
Saúde da Criança	66,2	74,5	8,3	13,0	13,6	0,6
Saúde do Adolescente	50,0	52,3	2,3	33,0	21,6	(11,4)
Saúde do Adulto	62,3	72,7	10,4	12,7	13,1	0,4
Saúde do Idoso	35,1	61,4	26,3	17,4	24,8	7,4
Vig. II - Dçs Transmissíveis	86,7	90,4	3,7	6,0	5,7	(0,3)
Vig. III - Dçs Regionais	69,3	82,7	13,4	18,9	7,0	(11,9)
Total	65,0	73,8	8,8	11,5	12,8	1,4

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de M

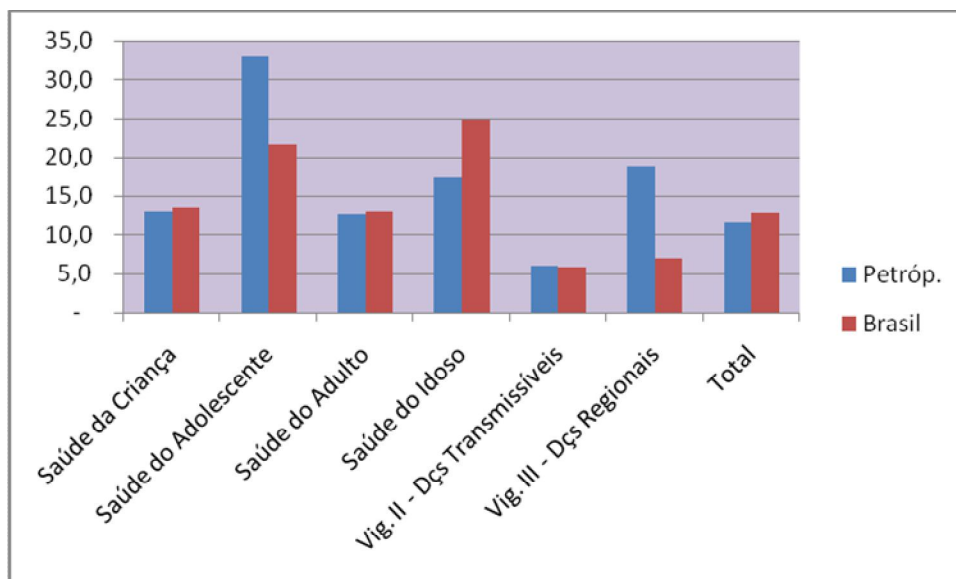
Observa-se que a subdimensão “Vigilância II: Doenças Transmissíveis” apresenta o melhor resultado tanto no país como em Petrópolis como foi comentado no capítulo 4.2.2. Esta semelhança com boa qualidade na subdimensão “Vigilância em Saúde II” de Petrópolis com o restante do país, reforça a aproximação do governo federal com os municípios com relação à diretriz “Vigilância em Saúde no Controle de Doenças Transmissíveis” através da atenção mais constante nos municípios da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de Medicina da Família e Comunidade.

Figura 10: Comparação dos percentuais do segundo momento avaliativo entre Petrópolis e Brasil para o instrumento 5

Já com relação à evolução da qualidade, observa-se, como mostra a tabela 5 e a figura 11, que o município de Petrópolis conseguiu um incremento com relação à subdimensão “Saúde do Adolescente” bem superior que os dados do Brasil numa diferença de 11,4 pontos percentuais, motivo que foi discutido no capítulo 4.2.2. como o curso dos facilitadores do Ministério da Saúde sobre o tema adolescente. A subdimensão Doenças Transmissíveis apresentou a menor variação tanto em Petrópolis como no restante do país. Este fato pode-se dever a consolidação dos programas de DST/AIDS e setor de epidemiologia devido à presença constante da Secretaria de Vigilância em Saúde numa dimensão nacional.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados e dos dados apresentados pelo DAB/MS no 10º Congresso de Medicina da Família e Comunidade.

Figura 11: Comparação da variação dos dois momentos avaliativos entre Petrópolis e Brasil para o instrumento 5

E mais uma vez, reforçando as discussões, a evolução para a subdimensão “Saúde do Idoso” em Petrópolis apresentou uma diferença inferior com relação aos dados do Brasil, tendo uma diferença da evolução de 7,4 pontos percentuais a menos que os dados nacionais.

4.4. Análise por grupo de equipes

Neste item são apresentados os resultados por equipe para as 28 que participaram dos dois momentos da aplicação da AMQ. Os resultados por equipe, ordenados por índice de evolução, do melhor para o pior, são apresentados no Anexo 2, sem identificação das equipes. A análise da evolução por equipe, aqui apresentada, foi feita com base em um cruzamento de duas variáveis: situação da equipe e evolução dos resultados entre os dois momentos avaliativos.

A tabela 6, a seguir, mostra a situação geral de Petrópolis com relação à permanência dos profissionais de saúde nas equipes. Em quase metade delas (46%) não houve alteração na sua composição.

Tabela 6: Situação das equipes com relação à permanência ou mudança dos profissionais de saúde (enfermeira e médico) nas equipes

Situação da equipe	N	%
Mesmos profissionais	13	46,4
Mudaram os dois	3	10,7
Mudou enfermeiro	6	21,4
Mudou o medico	6	21,4
Total	28	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Como se pode ver, o maior grupo de equipes (13) não tiveram sua composição alterada, em 3 delas mudaram tanto o médico quanto o enfermeiro, em 6 mudou apenas o enfermeiro e em 6 outras mudou o médico.

A partir da identificação da situação das equipes, foi feita uma análise por quartis (grupos de 7 equipes), sendo os resultados apresentados a seguir, da seguinte forma: o 1º quartil representando o grupo com os melhores índices de evolução (de 51,1% a 131,2%); o 2º quartil com o grupo com índices de evolução médio superiores (25,0% a 41,4%); 3º quartil formado pelo grupo de equipes que atingiu índices de evolução médio-inferiores (5,5% a 23,5%); e o 4º quartil formado pelos grupos com os piores índices (-35,4% a 5,1%).

As tabelas 7 a 10 apresentam o resultado do cruzamento entre a situação da composição da equipe com a evolução dos resultados, para cada um dos quartis.

Tabela 7: Equipes que compõem o 1º quartil (melhores índices de evolução)

Situação da equipe	N	%
Mesmos profissionais	4	57,1
Mudaram os dois	0	-
Mudou enfermeiro	2	28,6
Mudou o medico	1	14,3
Total	7	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Analisando o 1º quartil (melhores índices de evolução, acima de 51,7% de evolução positiva) na tabela 7, os dados indicam claramente que o principal grupo do quartil (4 equipes ou 57,1%) foi constituído por aquelas em que não houve mudança na composição das equipes.

**Tabela 8: Equipes que compõem o 2º quartil
(índices de evolução médio-superiores)**

Situação da equipe	N	%
Mesmos profissionais	4	57,1
Mudaram os dois	0	-
Mudou enfermeiro	1	14,3
Mudou o medico	2	28,6
Total	7	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

No 2º quartil (índices de evolução médio-superior, entre 25% e 51,7% de evolução positiva), também foi constatado que o principal grupo (novamente 4 equipes, ou 57,1% do total) ocorreu a permanência de ambos os profissionais de saúde.

**Tabela 9: Equipes que compõem o 3º quartil
(índices de evolução médio-inferiores)**

Situação da equipe	N	%
Mesmos profissionais	2	28,6
Mudaram os dois	0	-
Mudou enfermeiro	2	28,6
Mudou o medico	3	42,9
Total	7	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

No 3º quartil (índices de evolução médio-inferiores, entre 5,49% e 25% de evolução positiva) pôde-se observar que o principal grupo (3 equipes, ou 42,9% do total) houve a mudança do médico, sugerindo que tal profissional desempenha um papel importante nos resultados da qualidade do trabalho da equipe.

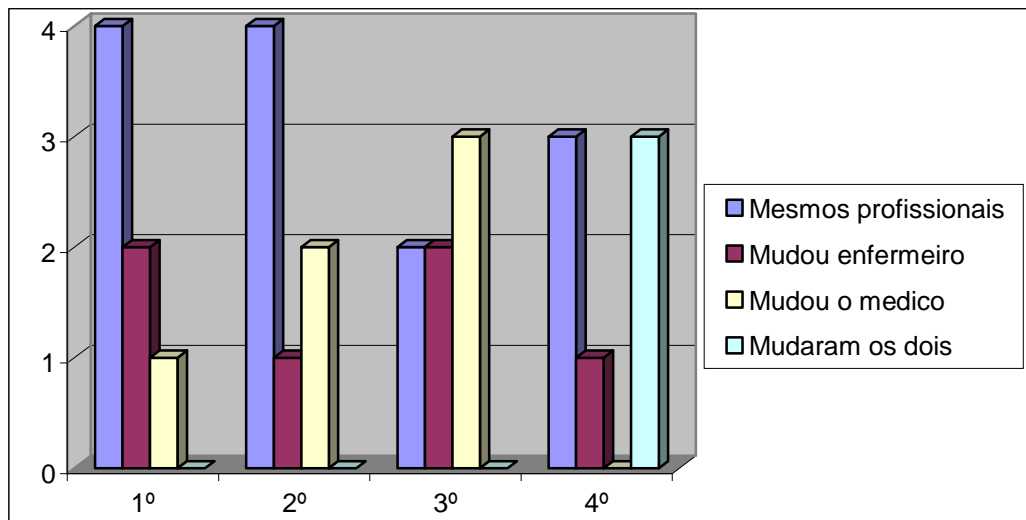
Tabela 10: Equipes que compõem o 4º quartil (piores índices de evolução)

Situação da equipe	N	%
Mesmos profissionais	3	42,9
Mudaram os dois	3	42,9
Mudou enfermeiro	1	14,3
Mudou o medico	0	-
Total	7	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

No 4º quartil (piores índices de evolução, entre 34,4% negativos e 5,13% positivos de evolução), constatou-se duas situações principais, que obtiveram a mesma distribuição de freqüência 42,9%): ou mudaram os dois profissionais (médico e enfermeiro), ou os mesmos foram mantidos.

A figura 12 mostra os quartis de pontuação (no eixo horizontal) e a situação dos profissionais quanto à permanência nas equipes.



Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Figura 12: Comparação dos quartis quanto a mudança ou permanência dos profissionais nas equipes

Ao se fazer uma comparação entre os dados da tabela 7 com os da figura 12, pode-se dizer que os mesmos sugerem que, quando as equipes permanecem as mesmas, há mais chances das mesmas alcançarem índices mais elevados de melhora da qualidade do trabalho. Quando uma equipe tem mudança de enfermeiro e de médico tende a ter maior dificuldade de evoluir na qualidade do seu trabalho.

Como já se viu, o quartil com melhores resultados (1º quartil) apresentou a maior quantidade de equipes em que os mesmos profissionais participaram dos dois momentos avaliativos da AMQ – ou seja, equipes que não tiveram sua composição alterada. O quartil com o pior resultado apresentou a maior quantidade de equipes em que houve a mudança de ambos os profissionais na realização dos dois momentos avaliativos da AMQ numa análise geral como mostra a figura 11 e o estudo por quartis a seguir. Tais resultados sugerem, em primeiro lugar, a importância do trabalho em equipe e da manutenção das mesmas para que se possa ter um bom resultado.

Há dois outros elementos a destacar na interpretação dos dados apresentados na Figura 11. A manutenção do médico parece ter uma importância

maior na obtenção de bons resultados, como se pode observar, quanto mais estes foram mudados (coluna amarela), piores os resultados (ver particularmente o que ocorreu do primeiro ao terceiro quartis. O mesmo não se pode dizer em relação ao papel do enfermeiro (coluna vinho), uma vez que os dados não mostram uma distribuição linear como aconteceu com o caso dos médicos.

Com esses dados e cruzamentos posso fazer uma análise e discutir, concluindo como sempre havia sido comentado em reuniões de equipe, supervisão e gestão, que, o componente “permanência dos profissionais nas equipes” é de grande importância para a qualidade dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

4.3. Análise dos resultados no contexto local

Pode-se dizer que os resultados da análise indicam que a AMQ pode ser, um instrumento importante da gestão do próprio Programa no nível municipal, além do seu objetivo principal que é a melhora do trabalho das próprias equipes. Isto pode ser verificado, quando se compara os resultados alcançados, com o trabalho realizado pela coordenação/supervisão do Programa no Município.

Desta forma, alguns dos itens em que houve melhores resultados ou houve maior evolução das equipes em Petrópolis foram aqueles em que a coordenação/supervisão do Programa investiu no fortalecimento da capacidade das equipes, por meio de ações de educação permanente: vigilância em saúde (doenças transmissíveis), saúde do adolescente. O mesmo pode-se dizer em relação a itens em que os resultados foram baixos, ou apresentaram baixa evolução – participação comunitária e saúde do idoso – para os quais não houve um investimento em ações de capacitação/aperfeiçoamento.

Viu-se que em relação ao princípio da Estratégia Saúde da Família, “Estímulo à Participação da Comunidade e ao Controle Social”, houve o pior resultado em termos de qualidade, evidenciando uma grande dificuldade das equipes de saúde da família em abordarem o tema no seu processo de trabalho. Trata-se de um tema que praticamente não vinha fazendo parte do processo de

formação dos profissionais de saúde e ainda não está plenamente incorporado pelos mesmos na Saúde da Família. Trata-se de um tema que claramente deve estar no foco de atenção por parte tanto das equipes, quanto da coordenação/supervisão do Programa para que haja mudança deste cenário. Na realidade do Município não tem havido um investimento no sentido de preparar os profissionais de Saúde da Família para incorporarem o tema no seu dia a dia.

A análise sugere que não houve absorção pela coordenação/supervisão do PSF de Petrópolis em termos do uso da AMQ como instrumento de gestão da qualidade. As principais evidências neste sentido são: a) a queda de 20% das ESF que preencheram os questionários entre a primeira avaliação e a segunda sugere que não deve ter tido um esforço da coordenação/supervisão, no sentido de estimular as equipes a participarem; b) o fato dos dados não estarem à mão e a demora em se obter os mesmos para a pesquisa indica, mesmo considerando as dificuldades momentâneas de acesso à Internet, que os resultados da AMQ não constituíam assunto de primeira importância para a coordenação/supervisão do Programa; c) não parece ter havido iniciativas no sentido de trabalhar com as equipes a partir dos resultados da aplicação dos questionários.

A avaliação feita permite afirmar que a análise dos resultados da AMQ pode e deve ser apropriada pelos responsáveis pelo Programa nos municípios para contribuir para a definição das prioridades em termos de capacitação das equipes. Os resultados deste trabalho indicam que isto não ocorreu de forma clara em Petrópolis. Não houve no Município, por exemplo, uma apuração da AMQ por parte da coordenação/supervisão. Além disso, não foi possível identificar se houve a consideração dos resultados na definição de prioridades de capacitação, pelo contrário, o fato de existirem itens na primeira avaliação com baixa qualidade – saúde do idoso e participação comunitária – não parece ter sido considerado na definição das prioridades de capacitação, continuando os mesmos apresentando baixos resultados na segunda avaliação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que esta pesquisa conseguiu atingir seu objetivo geral que era de “avaliar o potencial da AMQ como instrumento de gestão da qualidade na Saúde da Família, com base nos resultados da aplicação da metodologia AMQ entre as equipes de saúde da família (ESF)”. Como foi mostrado no item 4, uma série de itens de avaliação que apresentaram baixos resultados deveriam constituir prioridades tanto para as próprias equipes, quanto em relação à definição de prioridades para as ações de gestão do Programa como um todo, por parte da coordenação/supervisão do Programa. A AMQ permite a identificação dos principais pontos fortes e fracos das equipes.

Pode-se dizer que a análise realizada mostrou que a AMQ pode ser um instrumento de grande valia para a melhora da qualidade das ações das equipes, ao permitir que as mesmas façam um diagnóstico dos seus pontos negativos e positivos. Cada equipe pode, a partir da identificação dos pontos negativos (padrões), avaliar os motivos dos mesmos e tomar medidas para melhorá-los.

Pode-se concluir que a AMQ, não só pode ajudar as equipes quanto a este diagnóstico, mas também os órgãos locais de gestão do Programa que podem utilizar seus dados para verificarem como anda o processo de trabalho do conjunto das equipes (quais subdimensões estão mais fracas ou mais fortes) e, a partir daí, tomarem ações que possam contribuir para seu incremento, procurando fornecer elementos para fortalecer as equipes quanto aos itens mais deficitários.

A pesquisa também conseguiu alcançar o seu primeiro objetivo específico que era “analisar de forma comparativa as respostas selecionadas aos questionários AMQ de todas ESF de Petrópolis, visando identificar as variações entre os dois diferentes momentos avaliativos da metodologia”, o que foi feito no item 4.2. A análise revelou que houve uma redução de 20% no número de equipes que participaram das duas avaliações da AMQ e conseguiu identificar tanto os itens que melhoraram quanto os que não melhoraram.

Em relação ao segundo objetivo específico – “analisar elementos importantes relacionados com as ESF que podem ter influenciado a variação dos resultados entre os dois momentos” – a pesquisa também conseguiu identificar alguns elementos importantes que podem ter influenciado a variação ou evolução dos resultados. O principal desses elementos é a manutenção da composição das equipes. Como se viu, os melhores resultados em termos da evolução da primeira para a segunda avaliação foram alcançados exatamente nas equipes que não tiveram sua alteração alterada e os piores resultados foram encontrados nas equipes que tiveram sua composição mais alterada. Tal resultado sugere que os gestores do Programa e do SUS nos municípios devem criar condições para a permanência dos profissionais, tais como condições de trabalho e salários adequados.

Este componente, aqui sugerido pela pesquisa reforça a importância de um dos princípios da Estratégia Saúde da Família, o da “Equipe Multiprofissional” (BRASIL, 2006). Sugerindo que este princípio como aborda os textos sobre Programa Saúde da Família é de grande importância para a qualidade dos processos de trabalho no PSF.

Quanto ao terceiro objetivo específico – “avaliar a AMQ como instrumento de gestão da qualidade dos processos de trabalho e do PSF como um todo” – também se pode considerar que o mesmo foi alcançado. Principalmente no item 4.3 do trabalho procurei resumir os resultados que sugerem que os órgãos de gestão do Programa podem utilizar a AMQ, de forma mais ostensiva, como um instrumento de melhoria da qualidade da Saúde da Família como um todo e não apenas das equipes. Mesmo considerando que a adesão das equipes é voluntária, os gestores podem cumprir um importante papel tanto no estímulo à adesão, quanto na apropriação dos resultados para o diagnóstico e a definição de prioridades de ação no nível local.

Pode-se dizer que a AMQ se insere num esforço para a melhoria da gestão da qualidade, cujos primórdios se localizam no fordismo, tiveram um ponto de inflexão importante com o toyotismo, no que diz respeito à indústria. Tal esforço

chegou à saúde – cujos processos de trabalho são diferenciados – primeiro nos hospitais, através da acreditação hospitalar, para finalmente chegarem à atenção primária – que já conta com métodos próprios de acreditação – e finalmente chega à Saúde da Família, que passou a contar com um instrumento específico para avaliar a melhoria da qualidade para o PSF, que é a AMQ.

No caso específico de Petrópolis a pesquisa mostrou que parece ter havido uma pequena absorção por parte da coordenação/supervisão para se apropriar da AMQ como ferramenta de gestão da qualidade para o PSF. Acredito, no entanto, que ainda é possível superar esta deficiência, há tempo para promover uma avaliação coletiva dos resultados que indique caminhos para a melhor utilização do instrumento como ferramenta de gestão da melhoria da qualidade.

Deste modo, coloco os dados da pesquisa à disposição tanto da coordenação/supervisão, quanto da sociedade. Acredito que os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento da pesquisa de uma dissertação de Mestrado devem fornecer um retorno para os interessados na área estudada, neste caso a Saúde da Família. Sugiro, neste sentido, que a coordenação/supervisão do Programa no Município volte a adotar a AMQ para dar continuidade à melhora da qualidade da Saúde da Família, tal como quando começou, há três anos atrás.

O mesmo pode ser dito para qualquer outro município brasileiro que venha implantando a Saúde da Família como base da atenção primária, visto que a AMQ tem características que permitem ser empregadas em qualquer cenário brasileiro. A evolução da qualidade dos processos de trabalho também poderá levar a uma evolução de indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde pactuados pelos gestores municipais.

REFERÊNCIAS

Bibliografia

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRAGA NETO, F. A visão dos estruturalistas: o hospital como uma organização complexa e diferenciada. Capítulo 2 (7 f). In: BRAGA NETO. **Examinando alternativas para a administração dos hospitais: os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção**. 1991. 148 f. Dissertação, (Mestrado Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINOZZO, F e VIDAL, A. T. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Florianópolis. 2009. Apresentação por Ppt em oficina n. 8 do X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

CAMPOS, C. E. A., Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. vol.5, suppl.1, p.: 63-69. Dez. 2005

CAMPOS, M. L. **Qualidade de serviços de saúde com foco no cliente**. 2004. 55f. Monografia (Curso de Administração Hospitalar) FASE, Petrópolis, 2004.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (CBA). **Manual Preliminar de Acreditação Hospitalar** (Manual 14). Rio de Janeiro: CBA, 1999.

CORDEIRO, H. A. Acreditação de serviços de saúde: controvérsias, perspectivas e tendências para o aprimoramento da qualidade. **Ensaio: Avaliação Políticas Públicas Educ.** Rio de Janeiro. V9, n especial, p113-126. Junho 2000.

CORDEIRO, H.A. et al. Princípios e novas bases metodológicas para o aprimoramento da qualidade no sistema de saúde. **Revista saúde em foco.** Rio de Janeiro: Informe epidemiológico em saúde coletiva. Nº 21. Julho 2001, p. 21-34.

CORIAT, B. **Pensar pelo avesso: o modelo japonês de trabalho e organização.** Rio de Janeiro: REVAN/UFRJ. 1994.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007, p. 31-60.

DONABEDIAN, A. *Twenty years of research on quality of medical care, 1965-1984.* **Evaluation & the health professions**, v. 8, n. 3, 8:243-65 (1985).

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge.** Chicago: University of Chicago Press, 1988.

GOUNET, T. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel.** São Paulo: Boitempo. 2002.

ISRAELIAN, E. et al. **Uma introdução as normas da série ISO 9000.** Disponível em: <http://allchemy.iq.usp.br/pub/metabolizando/bd6c001z.doc> acessado em: 12/05/09.

THE JOINT COMMISSION. **A journey through the history of the Joint Commission.** Disponível em: http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm; acesso em: 22/03/09.

- MARETTI, W. **Introdução às Normas da Série ISO 9000**. Editora: OGerente.com.br. 2006. Disponível em: <http://www.google.com.br>; acessado em 07/11/08.
- MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2004.
- MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Projeto Editorial UnG. São Paulo, 1995.
- MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes, estruturas em cinco configurações**. Tradução Ciro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.
- O'LEARY, D.S.; DONAHUE, K.T. A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. **Ensaio: aval. pol. públ. educ.** Rio de Janeiro. V.9, n. especial, p. 5-16. 2000.
- PAULINO, I. **Efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios da Atenção Básica em Saúde**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2008.
- REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v 6(1): p. 50-61, jan./mar. 1990.
- REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília. Ministério da Saúde. Ano VIII, n. 13 (jan/mar 2007).
- RIBEIRO, J. L. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Revista Análise Psicológica**. Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. (1999), 3 (XVII): 547-558.
- RODRIGUES, P. H. **Qualidade e Acreditação de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. (Aula em Ppt).
- ROONEY, A. L.; OSTEMBERG, P. R. **Licenciamento, acreditação e certificação**: abordagens à qualidade de serviços de saúde, série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade. 1999.

- SALVAYA, E. **Qualidade nos serviços de enfermagem em instituições hospitalares**. 2002. 73 f. Monografia (Curso de Administração Hospitalar). FASE, Petrópolis, 2002.
- SILVA, V. B. **Diagnóstico para gestão da qualidade o âmbito da atenção básica**: o caso da unidade de saúde do PSF Souza Marques. 2009 (Dissertação). Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2009.
- SILVA, B. **Taylor e Fayol**. Rio de Janeiro: FGV, 1987.
- SOUSA, M. C. R., GOMES, K. R. O Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):645-654, mar, 2009.

Fontes documentais

- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

ANEXO 1: PLANILHAS DE AVALIAÇÃO DO RESULTADO

Planilha 1: Levantamento do 1º momento de aplicação da AMQ

ESF	Organiz. do Trabalho					Acolhimento					Promoção					Part. Comunit.				Vig: Ações gerais					Σ
	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	D	C	B	A	E	D	C	B	A	
1																									0
2																									0
3																									0
4																									0
5																									0
6																									0
7																									0
8																									0
9																									0
10																									0
11																									0
12																									0
13																									0
14																									0
15																									0
16																									0
17																									0
18																									0
19																									0
20																									0
21																									0
22																									0
23																									0
24																									0
25																									0
26																									0
27																									0
28																									0
29																									0
30																									0
31																									0
32																									0
33																									0
34																									0
35																									0
36																									0
37																									0
38																									0
39																									0
40																									0
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Planilha 2: Levantamento do 2º momento de aplicação da AMQ

ESF	Organiz. do Trabalho					Acolhimento					Promoção					Part. Comunit.				Vig: Ações gerais									
	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	D	C	B	A	E	D	C	B	A					
1																									0				
2																										0			
3																										0			
4																										0			
5																										0			
6																										0			
7																										0			
8																										0			
9																										0			
10																										0			
11																										0			
12																										0			
13																										0			
14																										0			
15																										0			
16																										0			
17																										0			
18																										0			
19																										0			
20																										0			
21																										0			
22																										0			
23																										0			
24																										0			
25																										0			
26																										0			
27																										0			
28																										0			
29																										0			
30																										0			
31																										0			
32																										0			
33																										0			
34																										0			
35																										0			
36																										0			
37																										0			
38																										0			
39																										0			
40																										0			
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**ANEXO 2: RESULTADOS POR EQUIPE PARA AS 28 QUE PARTICIPARAM
DOS DOIS MOMENTOS DA APLICAÇÃO DA AMQ**

Tabela 11: Classificação das equipes quanto sua evolução (da melhor para a pior evolução) e a situação dos profissionais entre os dois momentos avaliativos.

Equipes	Índices de evolução	Situação da equipe
1	131,15	Mudou o medico
2	104,92	Mudou enfermeiro
3	78,95	Mesmos profissionais
4	60,87	Mudou enfermeiro
5	59,76	Mesmos profissionais
6	59,32	Mesmos profissionais
7	51,06	Mesmos profissionais
8	41,38	Mesmos profissionais
9	39,29	Mesmos profissionais
10	38,81	Mudou o medico
11	37,50	Mesmos profissionais
12	30,61	Mudou enfermeiro
13	26,17	Mesmos profissionais
14	25,00	Mudou o medico
15	23,53	Mudou o medico
16	17,57	Mesmos profissionais
17	15,27	Mesmos profissionais
18	12,99	Mudou o medico
19	11,29	Mudou enfermeiro
20	5,84	Mudou o medico
21	5,49	Mudou enfermeiro
22	5,13	Mesmos profissionais
23	4,04	Mesmos profissionais
24	-	Mudou enfermeiro
25	(2,59)	Mudaram os dois
26	(6,31)	Mesmos profissionais
27	(12,64)	Mudaram os dois
28	(35,40)	Mudaram os dois

Fonte: Elaboração própria a partir do cruzamento dos resultados dos percentuais das equipes com a situação dos profissionais.

APÊNDICE

1. Instrumentos da AMQ

Como subsídio para a avaliação, na perspectiva da melhoria contínua da qualidade no PSF, foram escolhidos dois componentes nucleares ou unidades de análise para a avaliação: a Gestão e as Equipes.

Foram desenvolvidos cinco instrumentos de auto-avaliação, cada um com um caderno próprio, dirigidos a usuários diferenciados, uns para gestores e outros para equipes, compreendendo um total de 300 padrões de qualidade.

A proposta da AMQ considera, como facilmente é entendido em BRASIL, 2006, duas grandes unidades de análise distintas e integradas, também denominadas de componentes: o componente gestão e o componente equipe. Para cada uma dessas unidades, foram definidos grandes eixos de análise, chamadas dimensões ou instrumentos, que por sua vez são desdobrados em sub-eixos, ou subdimensões.

Os instrumentos 1,2,e 3 são destinados a uma auto avaliação da gestão, enquanto os instrumentos 4 e 5 são destinados para os processos de trabalhos das equipes.

Os cinco instrumentos com suas subdimensões são mostrados, a seguir, pela tabela 11:

Tabela 12: Estrutura geral dos Instrumentos com suas subdimensões, para mostrar os principais temas que nela se encaixam e seus usuários (quem responde)

Componentes ou Unidades de Análise	Instrumento (dimensão)	Subdimensão	Usuário (Quem responde)
Gestão	Instrumento 1: Desenvolvimento da Estratégia	Implantação / Implementação	Secretário Municipal de Saúde ou Assessoria
		Integração da Rede de Serviços	
		Gestão do Trabalho	
		Fortalecimento da Gestão SF	
	Instrumento 2: Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração	Responsáveis pela coordenação da SF
		Acompanhamento da ESF	
		Educação Permanente	
		Gestão da Avaliação	
		Normatização	
	Instrumento 3: Unidades SF	Infra-estrutura e equipamentos da USF	Responsável pela coordenação da USF
		Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	

Equipe	Instrumento 4: Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família	Todos os integrantes da equipe SF
		Acolhimento, Humanização, Responsabilização	
		Promoção da Saúde	
		Participação Comunitária	
		Vigilância à Saúde I: Ações Gerais	
	Instrumento 5: Atenção à Saúde	Saúde da Criança	Profissionais de nível superior: Médico, Enfermeiro e Cirurgião-Dentista
		Saúde do Adolescente	
		Saúde de Adultos	
		Saúde do Idoso	
		Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis	
Vigilância a Saúde III: Agravos Regionalizados			

Fonte: Brasil 2006, p52.

A tabela mostrar os temas que fazem parte da qualidade do PSF divididos em subdimensões (terceira coluna) e que são agrupados para formarem as dimensões ou instrumentos (segunda coluna) que constituem os cadernos de

avaliação da AMQ. Note que cada dimensão corresponde a um grupo de “atores específicos” para a execução da avaliação visto o processo de trabalho de cada um. Nos itens mais a frente, exemplos de padrões de perguntas, conseguem demonstrar esta correlação entre os padrões e seus “atores” com relação aos processos de trabalho de cada um.

Embora os componentes “gestão” e “equipe” estejam organizados de maneira equivalente como elementos paralelos, Brasil complementa que:

[...] não se deve relevar o fato de que o componente gestão determina as condições e oportunidades para o componente equipe acontecer, baseando-se no entendimento de que a adesão, coordenação e construção das condições favoráveis para implantação e implementação da estratégia dependem fundamentalmente da vontade política dos gestores municipais. Deve ser ressaltado, ainda, que os elementos de estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores (2006, p. 26).

2. Detalhamento dos instrumentos 4 e 5

Já para a avaliação das equipes, são enfocados aspectos de processo e de resultado relacionados aos campos de atuação, objetivos e diretrizes das equipes pré estabelecidos pela estratégia Saúde da Família.

Os Processos referem-se às ações previstas para a estratégia e o funcionamento das unidades, bem como as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Os processos, no que se refere à prestação de serviços de saúde, serão avaliados segundo os aspectos organizativo, técnico-científico e a relação interpessoal. São esses aspectos que estão presentes nos padrões de respostas dos instrumentos 4 e 5 que fazem parte da dissertação.

Aspectos organizativos:

Consideram a atuação da equipe na organização do serviço e das práticas, tanto internamente quanto na sua relação com outros atores sociais, instituições e organizações locais, sendo observado:

- Planejamento e programação: marcação de consultas, atendimento à demanda espontânea, acesso, adscrição de clientela, horários e disponibilidade dos serviços, ações programáticas previstas, coordenação com outros níveis do sistema, mecanismos de monitoramento e avaliação, ouvidoria, qualidade dos sistemas de informação.
- Abrangência das ações: mobilização dos recursos e esforços dos diversos atores e setores sociais para a construção de condições adequadas para um bom estado de saúde.
- Participação comunitária: aspectos como planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações em saúde são eixos fundamentais de atuação conjunta entre a comunidade e os serviços de saúde.

Aspectos técnico-científicos:

- Competência técnico-científica: inclui as atividades destinadas a fortalecer conhecimentos, habilidades e práticas de saúde. As atividades de educação continuada devem orientar-se para fins e propósitos da estratégia e estar em sintonia com seus princípios operacionais. A qualidade neste aspecto refere-se às práticas integrais de saúde incluindo a promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, diagnóstico precoce, tratamento inicial, encaminhamentos e reabilitação temporal.
- Protocolização do atendimento: desenvolvimento e utilização de manuais e condutas de atendimento, prevenção e promoção em saúde em consonância com os avanços na ciência e tecnologia em saúde e com os princípios do SUS. São desenvolvidos com vistas a garantir o atendimento de saúde integral dos usuários segundo suas necessidades, minimizar os riscos, principalmente, dos procedimentos de natureza clínica (prescrição de medicamentos, realização de procedimentos) e de prevenção.

Relação interpessoal:

- Acolhimento: relaciona-se diretamente com a comodidade e o trato humanizado que o serviço oferece ao usuário, além da dimensão

operacional, de escuta das queixas e necessidades de saúde, buscando uma atenção resolutiva por meio da articulação dos serviços da rede²³. Este aspecto é fundamental à medida que influi no nível de confiança entre o provedor e usuário, aderência às indicações, continuidade no atendimento, respeito individual, satisfação dos usuários.

- Comunicação interpessoal: os resultados em saúde dependem, em grande parte, do nível de informação e da comunicação que possa existir durante a realização das práticas. Aspectos de relevância referem-se às informações sobre o processo saúde-doença, riscos à saúde, tratamento, prognóstico, prevenção, efeitos colaterais dos medicamentos, minimização de riscos, cuidados de saúde.

Os resultados consideram os efeitos dos processos na concretização das ações e práticas desempenhadas pelas equipes segundo os princípios e metas pré-estabelecidas. Distinguem-se dois tipos de resultados: diretos e de saúde da população.

- Os resultados diretos se relacionam com os efeitos das ações e práticas desenvolvidas nas USF em termos de acesso (ampliação da cobertura, se a população recebeu a atenção que precisava e se recebeu quando necessitou), adequação (oferta de serviços suficientes em quantidade e qualidade, de acordo com os conhecimentos e as tecnologias disponíveis, e a capacidade de antecipar problemas e riscos) e efetividade (capacidade dos esforços das ações e práticas em saúde de satisfazer as necessidades e demandas em saúde da população, ou seja, impacto positivo sobre os indicadores epidemiológicos em termos de internações por doenças evitáveis, morbidade e mortalidade).
- Os resultados em saúde dependem de uma grande proporção de fatores não relacionados à prestação do cuidado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, mas também dos demais níveis de atenção do sistema, e especialmente do envolvimento e da participação de outros setores e atores da área social.

Deste modo os objetivos estabelecidos pela estratégia Saúde da Família com relação à atenção integral que são:

- Promoção da Saúde;
- Prevenção de agravos e doenças;
- Diagnóstico precoce e Tratamento;
- Reabilitação.

Ou com relação às diretrizes da estratégia saúde da família são:

- Diagnóstico;
- Planejamento das ações;
- Utilização de normas e protocolos;
- Avaliação de cobertura, desempenho e resultados;
- Promoção de ações intersetoriais;
- Atenção centrada na família e na comunidade.

A partir desses objetivos de ações voltados para se chegar a uma boa qualidade na atenção a saúde na Estratégia Saúde da Família que, construíram-se os padrões que estão divididos nas subdimensões e agrupados nas dimensões em função de quais atores estão relacionados a eles.

2.1. Instrumento 4

O Caderno de auto-avaliação nº 4 é denominado, como mostra a tabela 12, de “Consolidação do Modelo da Atenção”. É uma dimensão para todos os membros da equipe: agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene dental e cirurgiões-dentistas.

Os padrões apresentados neste instrumento abordam as ações globais e os processos de trabalho específicos desenvolvidos pelos membros das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Os eixos norteadores são o trabalho da equipe multiprofissional junto a uma população/território atuando a partir de um conjunto

amplo de ações pertencentes ao universo da Atenção Primária. Outras diretrizes consideradas são a valorização do vínculo, a continuidade do cuidado, a humanização do atendimento, a participação comunitária e controle social, além da vigilância à saúde. Através desses eixos norteadores foram montados os padrões das subdimensões da dimensão “Consolidação do Modelo de Atenção” que são: organização do trabalho em saúde da família; acolhimento, humanização e responsabilização; promoção da saúde; participação comunitária e controle social e; vigilância à saúde I: ações gerais da ESF.

Exemplos de padrões para o Instrumento 4

Agora mostro alguns exemplos de padrões/perguntas de cada subdimensão em cada nível incremental para se ter uma idéia dos tópicos que cada subdimensão aborda. Note que nem todas as subdimensões apresentam todos os níveis incrementais (de E a A – elementar a avançado).

Na subdimensão “Organização do Trabalho” exemplifico os seguintes padrões para cada nível incremental:

- Elementar: “O cadastramento das famílias é realizado mensalmente”?
- Desenvolvimento: “A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho”?
- Consolidada: “A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população”?
- Boa: “A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento”?
- Avançada: “A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território”?

Na subdimensão “Acolhimento, Humanização e Responsabilização”, são os seguintes exemplos de acordo com o nível incremental:

- Elementar: “Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social”?

- Desenvolvimento: “Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço”?
- Consolidada: “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”?
- Boa: “A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários”?
- Avançada: “A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde”?

Na subdimensão “Promoção da Saúde” são os seguintes exemplos para cada nível incremental:

- Elementar: “São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local”?
- Desenvolvimento: “Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais”?
- Consolidada: “São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças”?
- Boa: “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”?
- Avançada: “A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito”?

Com relação à subdimensão “Participação Comunitária e Controle Social”, exemplifico com os seguintes padrões (notar que não há nível incremental elementar para esta subdimensão):

- Desenvolvimento: “A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS”?
- Consolidada: “A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados”?
- Boa: “A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde”?
- Avançada: “Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF”?

Na Subdimensão “Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF” exemplifico com:

- Elementar: “A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população”?
- Desenvolvimento: “A ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose”?
- Consolidada: “A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellito na população”?
- Boa: “A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos”?
- Avançada: “A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados”?

2.2. Instrumento 5

O caderno de auto-avaliação nº5 é denominado de “Atenção à Saúde” e é dirigido mais especificamente os profissionais de nível superior da equipe: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro da equipe Saúde da Família, participando da auto-avaliação. Os padrões de qualidade presentes nesse instrumento abordam os processos de organização do cuidado e os resultados das ações de atenção à saúde da população. Os eixos norteadores baseiam-se nas etapas do ciclo de

vida (saúde da criança, do adolescente, do adulto e, do idoso) além das doenças transmissíveis e de agravos regionalizados.

Exemplos de padrões para o Instrumento 5

Na subdimensão “Saúde da Criança” exemplifico da seguinte maneira quanto aos níveis incrementais:

- Elementar: “Existe registro atualizado de crianças até cinco anos”?
- Desenvolvimento: “A ESF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento”?
- Consolidada: “80% ou mais das crianças entre um e cinco anos de vida da área estão em acompanhamento pela ESF”?
- Boa: “Houve redução do nº absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população até 5 anos, ou ausência de casos”?
- Avançada: “80% ou mais das crianças da área entre 5 e 10 anos de vida, estão em acompanhamento pela ESF”?

Para a subdimensão “Saúde dos Adolescentes”, destaco estes exemplos para cada nível incremental:

- Desenvolvimento: “A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área”?
- Consolidada: “50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia”?
- Boa: “50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento”?
- Avançada: “Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF”?

Para a subdimensão “Saúde de Mulheres e Homens Adultos” demonstro aqui outros exemplos, dentre eles, para cada nível incremental:

- Elementar: “A ESF possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária”?
- Desenvolvimento: “A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas”?
- Consolidada: “A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco”?
- Boa: “A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas”?
- Avançada: “A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência”?

Para a subdimensão “Saúde de Idosos” destaco, para cada nível incremental:

- Desenvolvimento: “A ESF possui registro atualizado dos idosos da área”?
- Consolidada: “80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia”?
- Boa: “O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço”?
- Avançada: “A ESF desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares”?

Para a subdimensão “Vigilância à Saúde: Doenças Transmissíveis” demonstro alguns exemplos para cada nível incremental, tais como:

- Desenvolvimento: “A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose”?
- Consolidada: “O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose”?
- Boa: “Noventa por cento (90%) dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura”?

Vigilância Regionalizada III: Agravos com Prevalência Regionalizada:

- Desenvolvimento: “A abordagem diagnóstica diferencial para malária é realizada sempre que indicada”?
- Consolidada: “Os casos de malária são encaminhados para internação hospitalar quando necessário”?

Observe que as perguntas são relacionadas com os temas específicos de cada tópico de cada subdimensão.

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](#)