UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA RIBEIRÃO PRETO

Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família
segundo o projeto AMQ-MS: comparação entre serviços vinculados e
não vinculados ao ensino

Juliana Marcela Flausino

RIBEIRÃO PRETO
2013

Juliana Marcela Flausino

Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família
segundo o projeto AMQ-MS: comparação entre serviços vinculados e
não vinculados ao ensino

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde na Comunidade da
FMRP/USP como requisito para obtenção do
título de Mestre.*

Orientador: Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

RIBEIRÃO PRETO
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Flausino, Juliana Marcela

AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO O PROJETO AMQ-MS: COMPARAÇÃO ENTRE SERVIÇOS VINCULADOS E NÃO VINCULADOS AO ENSINO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP, 2013.

1. Avaliação para melhoria da qualidade 2. Avaliação de serviços de saúde 3. Saúde da Família 4. Atenção Básica em Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Flausino, Juliana Marcela

Título: Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o projeto AMQ-MS: comparação entre serviços vinculados e não vinculados ao ensino.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da FMRP/USP como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Maria Tereza e Sérgio pelo constante apoio, incentivo, compreensão e por me ensinarem a lutar e conquistar, e a minha avó Terezinha, presente todos os dias em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Na construção deste trabalho contei com o auxílio, paciência e colaboração de muitas pessoas que merecem meus agradecimentos da forma mais especial.

A **Deus** primeiramente, pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas e me confortar nas horas difíceis.

Agradeço a minha família, o alicerce de minha vida, especialmente minha mãe **Maria Tereza da Silva Flausino** e meu pai **Sérgio Benedito Flausino**, por todo amor, carinho e apoio incondicional.

Aos meus irmãos **Janaina e Ronaldo**, por estarmos sempre juntos, possibilitando superar nossas dificuldades. Amo vocês!

Um agradecimento muito especial ao **Prof Dr Altacílio Aparecido Nunes**, que desde o início do desenvolvimento desta pesquisa, apostou e me apoiou na sua realização, sempre com paciência, disponibilidade, solicitude e conhecimento.

Ao meu namorado **João Paulo** pelo amor e paciência nos meus “maus” momentos. Amo você demais! Graças ao seu apoio foi mais fácil enfrentar os dias de desânimo e cansaço!

As amigas **Ana Amélia, Ana Cláudia, Andréa, Isabella e Mariângela** pelo carinho e pela amizade compartilhada nos diferentes momentos que compõem o processo de viver (alegrias e tristezas). Contei com vocês até o último momento. Obrigada!

Aos amigos e colegas de trabalho do UNIFEG, em especial a **Maria Regina, Daniela, Tânia, Lígia, Fernanda, Maria Helena, Jurema e Wandercy** que sempre me apoiaram, sendo essenciais para que eu pudesse trilhar essa etapa. Tem sido um privilégio trabalhar com vocês.

A amiga e colega de trabalho **Jucelem Terezinha Mazini**, um obrigado especial por ter me ajudado durante esta produção.

As amigas e amigos da Secretaria Municipal da Saúde de São José do Rio Pardo, em especial **Irene, Eloísa e Celso** com quem sempre pude contar.

As **equipes da Saúde da Família** participantes, pelo compromisso e empenho e oportunidade de aprendermos juntos, ressalto que as enfermeiras **Débora, Gisele, Andréia, Soraia e Daniela** foram essenciais neste trabalho.

Aos participantes da banca de qualificação: **Dra Aldaísa Cassanho Forster, Dr Milton Roberto Laprega e Dra Maria Eulália Lessa Dallora**, meus agradecimentos pela disponibilidade e comentários valiosos.

Aos professores, colegas de Mestrado e funcionários do Departamento de Medicina Social.

Enfim, **a todos** que colaboraram com este trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra de amizade!

Muito obrigada!

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

FLAUSINO JM. Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o projeto AMQ-MS: comparação entre serviços vinculados e não vinculados ao ensino. Ribeirão Preto, 2013. – 149 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esse é um estudo transversal no campo da saúde coletiva e tem como tema a avaliação de serviços da Atenção Básica à Saúde, vinculados ou não ao ensino, em dois municípios do interior paulista. O objetivo geral foi avaliar e comparar o desempenho do processo de trabalho em equipe, segundo padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família, baseando-se na Proposta AMQ-MS, em Unidades de Saúde da Família nos municípios de Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, e como específicos: descrever as características gerais das Unidades de Saúde da Família incluídas no estudo em Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo; verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando o componente de trabalho das equipes; descrever e analisar pontos fortes e fracos ao desenvolvimento da qualidade e avaliar comparativamente os resultados obtidos entre as equipes das unidades de Ribeirão Preto, onde há atividades de ensino de e São José do Rio Pardo, onde tais atividades não existem. No período de abril a junho de 2011, foram aplicados os instrumentos 04 e 05 do AMQ, ambos relacionados à Unidade de Análise: a Equipe. Foi realizada análise de concordância para fins comparativos, enquanto que para verificar associação, foi empregada a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança a 95% (IC 95%) como estimadora de magnitude entre variáveis. Para comparação de proporções foi empregado o teste de Z. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%. A concordância entre os resultados foi feita por meio da estatística *Kappa*. A pesquisa revelou que as USF pesquisadas em Ribeirão Preto não foram privilegiadas em qualidade quando comparadas as USF pesquisadas em São José do Rio Pardo, onde referente à Consolidação ao Modelo o município de Ribeirão Preto encontrou-se no estágio considerado satisfatório e São José do Rio Pardo no estágio considerado regular. Em relação à Atenção à Saúde e no Componente: Equipes, envolvendo os dois instrumentos, os dois municípios se enquadram no estágio satisfatório. O pior desempenho por subdimensão foi apresentado na “Participação Comunitária e Controle Social” considerado fraco. Observou-se não linearidade entre a complexidade de implementação dos processos de trabalho e a autoavaliação das equipes de saúde da família dos municípios estudados.

Palavras Chave: 1. Avaliação para Melhoria da Qualidade 2. Avaliação de serviços de saúde 3. Saúde da Família 4. Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

Flausino JM. Evaluation of the quality standards of the Family Health Strategy according to the project AMQ-MS: comparison between tied and untied services to education. Ribeirão Preto, 2013. – 149 p. Dissertation (MA) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo.

This is a cross-sectional study in the public health field and has as its theme the service evaluation of Primary Health in two municipalities of São Paulo. The overall objective was to evaluate and compare the performance of the process of teamwork, according to the quality standards of the Family Health Strategy, based on the Proposal AMQ-MS in Family Health Units in the municipalities of Ribeirão Preto and São José Rio Pardo, and specific as to describe the general characteristics of the Family Health Units included in the study in Ribeirão Preto and São José do Rio Pardo, check the stages of development achieved by considering the component municipalities work teams; describe and analyze strengths and weaknesses to the development of quality and benchmark results between teams units Ribeirão Preto, where there are activities for teaching and Sao Jose do Rio Pardo, where such activities do not exist. In the period April to June 2011 were applied instruments 4 and 5 of AMQ, both related to the Unit of Analysis: Team. Statistical analyzes were performed, in the forms of agreement analysis for comparative purposes, while checking for association, we used the prevalence ratio and its confidence interval at 95% (95% IC) as an estimate of magnitude between variables. For comparison of proportions test was used to Z. In all analyzes it was considered a significance level of 5%. The agreement between the results was made by Kappa. The research revealed that the USF surveyed in Ribeirão Preto were not privileged in quality when compared to USF surveyed in São José do Rio Pardo, where on the Consolidation Model to the city of Ribeirão Preto found himself on stage as satisfactory and São José do Rio Pardo on stage considered regular. Regarding Health Care and Component: Teams, involving the two instruments, the two municipalities fall within the satisfactory stage. The worst performance by subdimension was featured on "Community Participation and Social Control" considered weak. Observed nonlinearity between the implementation complexity of work processes and self-assessment of family health teams in the cities studied.

Keywords: 1. Evaluation for Quality Improvement 2. Evaluation of health services 3. Family Health 4. Primary Care in Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1.1 - Distribuição por faixa etária da população cadastrada nos Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV e V. Ribeirão Preto. Agosto/2012.....	66
Tabela 5.2.1 - Distribuição por faixa etária da população cadastrada nos Programas de Saúde da Família I, II, III, IV e V. São José do Rio Pardo. Agosto/2012.....	69
Tabela 5.4.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família e seus padrões de qualidade, segundo as ESFs pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	76
Tabela 5.4.2 - Distribuição dos itens referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	78
Tabela 5.4.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	79
Tabela 5.5.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade e seus padrões de qualidade, segundo as ESFs pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	81
Tabela 5.5.2 - Distribuição das variáveis referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	83
Tabela 5.5.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	83
Tabela 5.6.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes às Ações de Promoção à Saúde, padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	84
Tabela 5.6.2 - Distribuição das variáveis referentes às Ações de Promoção à Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	87

Tabela 5.7.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Participação Comunitária e Controle Social da USF, padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	88
Tabela 5.7.2 - Distribuição das variáveis referente à Participação Comunitária e Controle Social da USF, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	91
Tabela 5.7.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Participação Comunitária e Controle Social da USF . Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	91
Tabela 5.8.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF, padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	92
Tabela 5.8.2 - Distribuição dos itens referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	94
Tabela 5.8.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	95
Tabela 5.9.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Crianças e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011....	96
Tabela 5.9.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Crianças segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011...	98
Tabela 5.9.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Crianças. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	100
Tabela 5.10.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde dos Adolescentes e seus padrões de qualidade, segundo as ESFs pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011....	102
Tabela 5.10.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde dos Adolescentes, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	102
Tabela 5.10.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde dos Adolescentes. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	104

Tabela 5.11.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos e seus padrões de qualidade, segundo as ESFs pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	105
Tabela 5.11.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	108
Tabela 5.11.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	110
Tabela 5.12.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Idosos e seus padrões de qualidade, segundo as ESFs pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011....	112
Tabela 5.12.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Idosos segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011...	114
Tabela 5.12.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Idoso. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011....	115
Tabela 5.13.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis e seus padrões segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	116
Tabela 5.13.2 - Distribuição dos itens referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	118
Tabela 5.13.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	119

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação das respostas SIM e NÃO aos itens respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento quatro, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	72
Gráfico 2 - Comparação das respostas SIM e NÃO aos itens respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento cinco, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	73
Gráfico 3 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento quatro, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	73
Gráfico 4 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento cinco, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	74
Gráfico 5 - Comparação geral dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	75
Gráfico 6 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	77
Gráfico 7 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.....	82
Gráfico 8 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes às Ações de Promoção à Saúde, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.....	86
Gráfico 9 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes a Participação Comunitária e Controle Social da USF, abril a junho de 2011.....	90

Gráfico 10 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF, abril a junho de 2011.....	93
Gráfico 11 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Atenção à Saúde - Saúde de Crianças, abril a junho de 2011.....	97
Gráfico 12 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Saúde dos Adolescentes, abril a junho de 2011.....	103
Gráfico 13 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos, abril a junho de 2011.....	107
Gráfico 14 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes Saúde dos Idosos, abril a junho de 2011.....	113
Gráfico 15 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, abril a junho de 2011.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores de referência da estatística Kappa e sua interpretação.....	58
Quadro 2 - Parâmetros para o estabelecimento do estágio de qualidade da ESF municipal.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS: Atenção Básica em Saúde
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AMQ: Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS: Atenção Primária em Saúde
CAA/DAB: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAP: Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade
ceo-d: número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
DRS: Divisão Regional de Saúde
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAB: Equipe de Atenção Básica
EACS: Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF: Estratégia de Saúde da Família
FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC: Hospital das Clínicas
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCQ: Melhoria Contínua da Qualidade
MEC: Ministério da Educação e Cultura
MS: Ministério da Saúde
NSF: Núcleo de Saúde da Família
ONG: Organização não governamental
OPAS: Organização Pan-americana de Saúde
PAB: Piso de Atenção Básica
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET – Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PROMED: Programa de Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de Medicina
PSF: Programa Saúde da Família
SB: Saúde Bucal
SMS: Secretaria Municipal da Saúde
SF: (estratégia) Saúde da Família

SIAB: Sistema de informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade Saúde da Família

USP: Universidade de São Paulo

VD: Visita Domiciliar

VERSUS: Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	27
1.1 Justificativa.....	31
2. OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	35
2.2 Objetivos Específicos.....	35
3. QUADRO TEÓRICO.....	37
3.1 A Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.....	39
3.2 Formação de Recursos Humanos para a Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família.....	43
3.3 Avaliação em Saúde.....	46
3.4 Avaliação para Melhoria da Qualidade de Estratégia Saúde da Família: A proposta AMQ.....	50
3.3.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: a proposta PMAQ.....	52
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	55
4.1 Metodologia.....	57
4.2 Local do Estudo (aspectos organizacionais e sócios-demográficos).....	59
4.3 Considerações Éticas.....	60
5. RESULTADOS.....	63
5.1 Características Gerais das Unidades de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto.....	65
5.2 Características Gerais das Unidades de Saúde da Família do município de São José do Rio Pardo.....	69
5.3 Estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios.....	72
5.4 Subdimensão: Organização do Trabalho em Saúde da Família.....	75
5.5 Subdimensão: Acolhimento, humanização e responsabilização.....	80
5.6 Subdimensão: Ações de promoção à saúde.....	84
5.7 Subdimensão: Participação comunitária e Controle Social da USF.....	89
5.8 Subdimensão: Vigilância I: Ações gerais da USF.....	92
5.9 Subdimensão: Saúde de crianças.....	96

5.10 Subdimensão: Saúde dos adolescentes.....	101
5.11 Subdimensão: Saúde de mulheres e homens adultos.....	104
5.12 Subdimensão: Saúde de idosos.....	111
5.13 Subdimensão: Vigilância II: Doenças Transmissíveis.....	115
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	121
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICES.....	145
ANEXOS.....	151

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Sendo a garantia da qualidade da atenção um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se nesta pesquisa avaliar e comparar o processo de trabalho em equipe, segundo os padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família, baseando-se na Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) do Ministério da Saúde (MS), em Unidades de Saúde da Família (USF) em dois municípios do interior paulista.

Assim, no primeiro capítulo é definido o tema da investigação, apontando o recorte do objeto de pesquisa e sua justificativa. O capítulo dois traz os objetivos da pesquisa.

No terceiro capítulo, é apresentado o suporte teórico que dá sustentação à análise do mesmo, sendo elaborada uma síntese acerca da Atenção Básica a Saúde (ABS) e Saúde da Família (SF) no Brasil, Formação de Recursos Humanos para a ABS / SF, Avaliação em Saúde, enfatizando a AMQ da SF: a proposta AMQ e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da ABS: a proposta PMAQ.

No quarto capítulo, evidenciamos o percurso metodológico, estabelecendo o campo da pesquisa, os instrumentos privilegiados para a coleta e análise do material e as considerações éticas.

No quinto capítulo são apresentados os resultados da investigação, onde inicia-se pela caracterização geral das Unidades de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, seguida pela caracterização geral das Unidades de Saúde da Família do município de São José do Rio Pardo. Ainda neste capítulo encontram-se os resultados da avaliação e comparação do desempenho entre os dois municípios, elencados de acordo com as subdimensões: organização do trabalho em Saúde da Família, acolhimento, humanização, responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária, ações gerais de vigilância à saúde, saúde da criança, do adolescente, do adulto (homens e mulheres), do idoso e também informações sobre a vigilância às doenças infectocontagiosas.

No sexto capítulo são discutidos os resultados encontrados e abordados os pontos críticos.

Finalmente, o último capítulo – Considerações Finais – apresenta-se uma síntese dos resultados e da discussão e apontam-se algumas recomendações para o enfrentamento dos desafios encontrados nesta investigação visando contribuir para a melhoria e fortalecimento das ESF estudadas.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Esse é um estudo no campo da saúde coletiva e tem como tema a avaliação de serviços da Atenção Básica à Saúde em dois municípios do interior paulista.

No ano de 1994, foram implantadas as primeiras equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil, como estratégia prioritária para (re) organização da Atenção Básica à Saúde, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, é colocada como uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de atenção à saúde do país, possibilitando efetivamente colocar em prática os princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. Ainda elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais. Propõe-se ainda trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde^{1, 2}.

Muito se avançou, principalmente em termos de expansão da cobertura de serviços de saúde básicos para a população, onde em 2011 tendo atingido uma cobertura de cerca de 101.181.210 milhões de pessoas em todo o território nacional, com aproximadamente 32.029 equipes de saúde da família distribuídas em 5.282 municípios, chegando a uma cobertura de aproximadamente 53%, porém, por inúmeras razões, vivenciam-se dificuldades de consolidação da estratégia em grande parte dos municípios brasileiros, onde a proposta de trabalho ainda dá lugar ao Pronto Atendimento ou Ambulatório simulando Saúde da Família (SF), podendo ser relacionado ao não seguimento de normas, recomendações e protocolos que deveriam organizar as ações e práticas²⁻⁴, não se podendo conceber a reorganização de práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista na formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos⁵.

Assim a necessidade da avaliação da ESF assume papel de destaque, na medida em que permite problematizar desde as questões mais elementares, tais como o

cumprimento das normas e diretrizes, até seus possíveis efeitos em distintos contextos locais e regionais⁶.

Avaliar significa formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto, esse juízo de valor emitido no processo de avaliação possibilitará a tomada de decisão visando transformar esse nível de serviço na porta de entrada de uma rede de atenção questionando se ela cumpre, e em quanto cumpre a sua função, devendo ser procedida de uma análise de que fatores estão obstaculizando e que medidas são necessárias para superação das dificuldades observadas^{7, 8}.

Frequentemente a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição, classificação e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado⁹, por isso, atualmente há o incentivo à institucionalização da avaliação, buscando-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos^{10, 11}.

Segundo Takeda¹² a finalidade da avaliação nos serviços de saúde é aumentar a qualidade da atenção à saúde dispensada pelas equipes, podendo ser utilizada para receber e incorporar a experiência de quem está executando as ações, aperfeiçoar as atividades em nível local, motivar a equipe, apresentar o nível de satisfação da população e analisar competência e compromisso dos executores da ação. Em relação à qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo tão subjetivo que não existem caminhos definidos para avaliá-la, ficando difícil a decisão objetiva dos parâmetros que expressam qualidade e como mensurá-los.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde investindo na concretização de uma política de avaliação que permita analisar as políticas e programas de saúde no âmbito da atenção básica, apresentou em julho de 2005 a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). O ponto de partida da proposta é a concepção da avaliação enquanto um processo crítico-reflexivo permanente que deve ser desenvolvido em co-responsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde, oferecendo aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da estratégia Saúde da Família^{9, 13, 14}.

1.1 Justificativa

Não existem dados fidedignos advindos de um processo de avaliação, no sentido de determinar e comparar o desempenho da Estratégia da Saúde da Família em municípios do interior do Estado de São Paulo. Sendo assim, propõe-se aqui, aplicar um processo de avaliação das ações em Saúde da Família nos municípios de Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, buscando conhecer, analisar e comparar questões referentes ao processo de trabalho das equipes, relacionados à Consolidação do Modelo de Atenção e Atenção à Saúde.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar e comparar o desempenho do processo de trabalho em equipe, segundo padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família, baseando-se na Proposta AMQ-MS, em Unidades de Saúde da Família nos municípios de Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características gerais das Unidades de Saúde da Família incluídas no estudo em Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo;
- Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando o componente de trabalho das equipes;
- Descrever e analisar pontos fortes e fracos ao desenvolvimento da qualidade.
- Avaliar comparativamente os resultados obtidos entre as equipes das unidades de Ribeirão Preto, onde há atividades ligadas ao ensino de graduação para cursos da área da saúde e de pós-graduação em nível de residência médica e multiprofissional e São José do Rio Pardo, onde tais atividades não existem.

QUADRO TEÓRICO

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Nos últimos anos a definição de Atenção Primária à Saúde (APS) formulada por Starfield¹⁵ vem sendo amplamente utilizada mundialmente, onde se tem este nível como porta de entrada para o atendimento às necessidades e problemas do indivíduo, devendo fornecer atenção integral e resolutiva focada na pessoa, compartilhando características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe.

Para a autora, a APS não deve ser entendida como uma relação de atividades ou deveres clínicos exclusivos, entendendo que possivelmente todas as atividades clínicas são passíveis de serem realizadas em todos os níveis de atenção, deve sim, ser compreendida como uma abordagem que forma a base, orientando o trabalho de todos os outros níveis, e deve abordar os agravos mais comuns na comunidade, ofertando mecanismos para prevenção, cura e reabilitação, integrando a atenção através da organização e racionalização do uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde¹⁵.

No Brasil, a APS é denominada de Atenção Básica a Saúde (ABS) e tem como definição⁷:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas

de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável". (p. 7)

Historicamente podemos dividir a saúde pública brasileira em grandes períodos, levando-se em consideração suas particularidades econômicas e políticas até chegarmos à organização atual do sistema de saúde. Assim, na década de 50 temos o modelo do "sanitarismo campanhista" buscando condições à economia agrícola. Nos anos 60, a industrialização traz a necessidade da medicina previdenciária, que em plena ditadura, tem uma forma autoritária de controle social e centralização da tomada de decisão, perdurando até o final de 1970 e ficando conhecido como modelo médico-assistencial privatista, com ações dicotômicas curativas e preventivas e a expansão dos serviços privados. Na década de 80, mudanças necessárias devido à crise econômica e movimentos de redemocratização, tem como marcos a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição da República em 1988, que traz como princípio constitucional que *"a saúde é um direito de todos e dever do Estado"*¹⁶, o que estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, a que denominamos hoje a Reforma Sanitária, tendo como propostas principais a reorganização do trabalho profissional e a reformulação do sistema formador de recursos humanos, uma vez que a ABS deve ser entendida não como medicina simplificada mas como o processo que visa garantir o acesso de todos a todos os níveis de atenção a saúde, através de um esforço para equilibrar a aplicação dos recursos no setor¹⁷.

As origens do Movimento Sanitário remontam aos primeiros anos da ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais aglutina-se e difunde-se o pensamento crítico na saúde. No início dos anos 80, quando se evidencia a crise financeira da Previdência Social e, no interior

dela, a crise do modelo privatizante do setor saúde – incapaz de expandir-se nas mesmas bases -, o Movimento Sanitário foi o único grupo capaz de oferecer uma alternativa concreta para reformulação do sistema saúde¹⁸.

O governo federal passa a priorizar a garantia do atendimento básico em saúde, introduzindo, em 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB), mecanismo que dissociou a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. O PAB introduziu outra lógica no financiamento da assistência à saúde, trazendo algumas inovações importantes, na medida em que incentivou que uma parcela dos recursos federais, ainda que pequena, fosse diretamente alocada para custeio de procedimentos básicos, numa tentativa de organizar a entrada da rede municipal de saúde. A expectativa era que o PAB promovesse a lenta e gradual mudança no modelo assistencial, introduzindo melhorias no acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública de saúde¹⁹.

Visando atender aos princípios de integralidade, universalidade e equidade e as diretrizes de descentralização e regionalização, hierarquização e a participação social propostos na Constituição Federal de 1988¹, em 1994 foram implantadas as primeiras equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), que traz a experiência positiva com agentes de saúde do programa de emergência de combate à seca do Ceará entre 1987 e 1990, sendo planejada dentre as atividades para o enfrentamento da situação, ações de promoção da saúde, realizadas pelos próprios moradores que receberiam treinamento simplificado em relação a cuidados relacionados ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação e seriam remunerados por seis a doze meses de trabalho²⁰. A Portaria 648 de 28 de março de 2006 renomeia o PSF como Estratégia Saúde da Família (ESF), termo que será adotado na continuidade deste trabalho²¹.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, funcionando teoricamente, como porta de entrada para o sistema de saúde, revertendo o modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios^{13, 22, 23}. Segundo o Ministério da Saúde os objetivos da implantação do modelo da família são²⁴:

- Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita,

- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta,
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo de ações intersetoriais,
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde,
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida,
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

A equipe implantada nessa lógica trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita de até 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. No espaço de atuação das equipes, a definição de micro áreas, com cada agente de saúde sendo responsável por preferencialmente no máximo 750 pessoas, para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias, permite identificar as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis²⁵.

Segundo o Guia Prático “Saúde da Família”, a USF deve ter como estrutura mínima: uma sala de recepção, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas; um local para os arquivos e registros; um local para cuidados básicos de enfermagem; uma sala de vacina; um consultório médico; um consultório de enfermagem; sanitários; sempre que possível, um espaço para atividades de grupo e para educação permanente da equipe; e clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento da saúde bucal²⁶.

Evidências demonstram que a SF tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde^{27, 28}.

Fernandes *et al*²⁹, trazem que as equipes de saúde da família têm as melhores condições para atuar preventivamente sobre as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis, uma vez que as ESF são implantadas quase sempre em áreas periféricas das cidades, facilitando o acesso oportuno aos cuidados de saúde. Estudos atuais apresentam melhor desempenho da ESF em relação às atividades de unidades tradicionais, em razão da incorporação de práticas de territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas, o que é condizente com o cumprimento de seu referencial normativo^{30 - 34}.

3.2. Formação de Recursos Humanos para a Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família

Os efeitos benéficos culminaram na expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, redefinindo sua importância enquanto ferramenta reorganizadora da atenção básica e a colocando no centro da discussão as questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema²⁷.

O descompasso entre a formação de profissionais de saúde e as necessidades dos serviços de saúde não é uma questão nova para o setor público brasileiro no momento da tomada de decisão, na implantação de políticas públicas de saúde. Ferreira³⁵ nos traz que para a potencial transformação da ABS se efetivar é necessário que vínculos entre serviço e usuários sejam estabelecidos, que os servidores sejam qualificados visando atender a um conjunto amplo de problemas e para se responsabilizar por ações de promoção, prevenção e assistência da população adscrita, buscando efetuar-se a integração da ABS com os demais componentes do sistema de saúde.

Sendo assim, a reorganização das práticas de atenção à saúde atual traz também a necessidade de investimento na formação e no processo permanente de capacitação dos recursos humanos, uma vez que a Estratégia Saúde da Família tem

como pilar a atuação de uma equipe de trabalhadores, de cuja composição participam tanto profissionais com grau de educação superior ou médio, quanto agentes comunitários selecionados, principalmente, pela sua inserção na comunidade, sendo assim há um consenso de que os recursos humanos constituem-se em questão crucial para o êxito da Estratégia Saúde da Família, seus pressupostos e compromissos com a população usuária, onde processo de consolidação do SUS passa necessariamente pela necessidade de se conseguir profissionais com competência, ou seja, com conhecimentos, habilidades e atitudes adequados ao desenvolvimento da proposta³⁶.

Espera-se dos integrantes da Saúde da Família, que estejam preparados para dar soluções aos principais problemas de saúde da comunidade, organizando sua atividade em torno de planejamento de ações; atenção, promoção e vigilância à saúde; trabalho interdisciplinar em equipe; e abordagem integral à família²⁶, fato comprovado por pesquisas, apontando que estes profissionais apresentam um alto grau de aderência aos propósitos inovadores da Estratégia^{26, 37, 38} e que implicam na organização da rede de serviços e práticas profissionais em novas bases, mas que ainda não conseguiram ser legitimados, por esbarrarem em obstáculos de diversas ordens, entre estes, o relacionado ao despreparo e à inadequação dos recursos humanos, sendo assim é estreita a relação entre a construção de um novo modelo de atenção à saúde e a formação de recursos humanos, ficando a cargo das instituições de ensino a contribuição com as mudanças no campo das práticas e da formação profissional, uma vez que a qualidade da atenção à saúde está intimamente relacionada com a formação de recursos humanos^{39, 40}.

Em 2001, foram formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição, que tratam de orientações para elaboração dos currículos pelas instituições de ensino superior, de tal forma a flexibilizar a formação oferecida aos estudantes, adequando-a ao sistema de saúde vigente⁴¹.

Existe uma preocupação especial e constante em relação ao profissional médico, seja em relação à oferta, seja em relação à sua disponibilidade de fixação em locais mais distantes, seja em relação à sua excessiva e constante especialização, onde o processo de ensino na maioria das faculdades de Medicina ainda privilegia o aprendizado em centros terciários, voltados para cuidar de problemas de maior complexidade, constatando-se que o perfil de médico egresso

das faculdades de Medicina não corresponde àquele desejado pelo mercado de trabalho do SUS e da ESF^{36, 42}.

A necessidade de reorientação da formação em enfermagem para adequação ao modelo vigente na atenção primária também é citada em vários estudos, apontando para a necessidade de que a formação acadêmica possa se delimitar como espaço democrático, de forma que os futuros profissionais se deparem com seus pacientes não apenas em nível técnico de excelência, mas também, como seres humanos que cuidam de outros⁴³.

Baseando-se nas necessidades de formação de profissionais de saúde com perfil adequado, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), vem estimulando a parceria entre instituições de ensino e serviços de saúde, para o desenvolvimento de projetos de ensino nessa área, buscando viabilizar o desenvolvimento da formação de profissionais de saúde em consonância com os princípios do SUS e mais comprometido com as necessidades de saúde da população brasileira. Como exemplo do estímulo a essas parcerias pode-se citar o Promed (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Ministério da Saúde, 2002); o Versus (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil – Ministério da Saúde, 2004), o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Ministério da Saúde, 2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde^{30, 44 - 48}.

Muito se avançou com a ESF, principalmente em termos de expansão da cobertura de serviços de saúde básicos para a população. A Estratégia Saúde da Família atingiu em 2011, uma cobertura de cerca de 101.181.210 milhões de pessoas em todo o território nacional, com aproximadamente 32.029 equipes de saúde da família distribuídas em 5.282 municípios, chegando a uma cobertura de aproximadamente de 53%. A adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família variou conforme seu porte, tendo os municípios menores conseguido operacionalizar sua implantação mais precocemente e com maior facilidade que os municípios de grande porte. Este fato está relacionado a múltiplas variáveis, tais como: complexidade sócio sanitária, existência de modelos de atenção em saúde já estabelecidos e aspectos da organização urbana (edifícios, condomínios, áreas de invasão), perfil e formação dos profissionais, dentre outros⁹. Porém a estratégia enfrenta problemas com relação ao financiamento da ABS no país e a

infraestrutura das unidades de saúde da família, tais como equipes de saúde pouco qualificadas para o trabalho em ABS, alta rotatividade dos profissionais dessas equipes, vínculos empregatícios precários em grande parte dos municípios do país, gestão ineficiente para o contexto da ESF, deficiências com a atenção integral a saúde da população e entraves na implantação de ações preventivas e de educação em saúde^{32, 49}.

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se como um dos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim, nos últimos anos, os gestores e administradores do setor de saúde tem enfatizado o papel da avaliação de desempenho das ações e programas de saúde com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população²⁴.

No caso específico da ESF, a avaliação assume papel de destaque, na medida em que permite problematizar desde as questões mais elementares, tais como o cumprimento das normas e diretrizes da Estratégia, até seus possíveis efeitos em distintos contextos locais e regionais⁶.

3.3. Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde no Brasil encontra-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão⁷.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades. (p. 18)

De acordo com Contandriopoulos⁵⁰, avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação é considerada um processo de caráter individual e coletivo, de forma contínua; envolve um julgamento de mérito sobre algo, portanto, manifesta valor, em relação a alguma coisa, ou a alguma intervenção, ou componentes desta intervenção, tendo por objetivo influenciar na tomada de decisão. É inerente às ações e às relações humanas, e pode ser também um recurso integrante das práticas sociais, a exemplo das práticas de saúde⁵⁰.

Takeda e Diercks²⁸ (p.12) salientam que:

“Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água.”

Sendo assim, na área da saúde a avaliação tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população⁵¹.

Donabedian⁵² define três componentes a serem enfocados na avaliação de serviços de saúde: a estrutura, o processo e o resultado. Avaliando a estrutura está se referindo aos recursos materiais, humanos, organizacionais. No processo se avalia como os profissionais estão produzindo as práticas de saúde, quais saberes e tecnologias estão sendo utilizadas nas relações entre profissionais e usuários. Os resultados seriam os produtos das ações, como consultas, exames, atendimentos, bem como a modificação no estado de saúde e a satisfação das necessidades daqueles indivíduos, famílias, grupos, que estão sendo cuidados. Uma nova proposta de avaliação da Atenção Básica em Saúde (ABS) é apresentada por

Tanaka⁵³, utilizando esta abordagem sistêmica proposta por Donabedian, com a modificação de que a avaliação desse serviço deveria iniciar pelo componente Processo, visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção.

Para Vieira da Silva⁵⁴, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas de saúde, a diferenciação entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos. A ideia de qualidade encontra-se presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que tem como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade^{55, 56}.

Na avaliação para qualidade Donabedian⁵⁷ também destaca-se, e em seus trabalhos defende que o ponto de partida para avaliação é a concepção de qualidade, sendo que esta se constitui em atributo abstrato, mas deve ser construída pelos sete pilares da qualidade, sendo estes:

- Eficácia – definida como a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhoria no estado de saúde, em condições ideais;
- Efetividade – reflete a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhoria no estado de saúde quando realizado nas condições da realidade dos serviços e dos seus usuários;
- Eficiência – retrata a capacidade de se obter os melhores resultados com os menores custos;
- Otimização – relação de equilíbrio entre os benefícios produzidos pelo cuidado e seus custos;
- Aceitação – relação entre o profissional e o usuário, o respeito às suas preferências e valores, a sua satisfação e aceitação quanto aos efeitos e custos provenientes do cuidado oferecido;
- Legitimidade – forma como o cuidado é visto pelos seus usuários e pela comunidade como um todo;
- Equidade – reflete o quanto o cuidado respeita os princípios de justiça na sua distribuição.

Segundo Campos¹³, a concepção de qualidade em saúde depende do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde, ou seja, aqueles responsáveis pela provisão e gestão dos serviços tendem a focalizar sua atenção no rendimento, custo

e eficiência, enquanto os profissionais de saúde encontram-se preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e o ambiente de trabalho adequado. Por outro lado, na concepção do cliente, qualidade refere-se à obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. Por isso, atualmente há o incentivo à institucionalização da avaliação, buscando-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde^{10, 11}.

Hartz⁵⁸ cita que a institucionalização da avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional, sendo capaz de influenciar o seu comportamento, como um modelo de orientação para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Requer assim, o enfrentamento de aspectos técnicos, como a definição de critérios, indicadores e instrumentos; culturais - organizacionais referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e; políticos relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde e que almejam elevar o desempenho do sistema de saúde^{7, 11, 59 - 61}.

Em busca da institucionalização da avaliação, o Ministério da Saúde em 2003 através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) elabora uma forma de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, na qual a política de monitoramento e avaliação da atenção básica faz parte e envolve diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), deixando clara a definição de suas responsabilidades e formas de financiamento dos processos de avaliação, tendo como missão monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS, sendo a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) um projeto estratégico que integra essa política^{7, 9} e em 2011 é instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁶².

3.3.1 Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: a proposta AMQ

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesmos¹⁴.

A proposta do AMQ parte do pressuposto de que a gestão, a estrutura e os processos correntes de implementação de ações, funcionamento de serviços e práticas podem ser melhorados com o objetivo de alcançar a qualidade desejada, considerando qualidade em saúde como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos⁹.

Um padrão é definido como um nível de referência de qualidade que deve ser atingido pela organização com fins de demonstrar um determinado grau de qualidade e excelência. O padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo e eles expressam expectativas e desejos a serem alcançados. Na formulação dos padrões de saúde deve-se considerar que sejam apropriados ao momento, aceitáveis para os usuários e aplicáveis, sendo assim, o AMQ parte de critérios e padrões pré-estabelecidos, buscando impulsionar processos de melhoria da qualidade e alcance dos propósitos da estratégia⁹.

Como subsídios para a avaliação, na perspectiva de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), foram desenvolvidos cinco instrumentos de autoavaliação, dirigidos a usuários diferenciados, compreendendo um total de 300 padrões de qualidade. A proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família considera duas grandes Unidades de Análise distintas e integradas, também denominadas de Componentes: Gestão e Equipe. Para cada uma dessas unidades, foram definidos grandes eixos de análise, chamadas Dimensões, que por sua vez são desdobrados em subeixos, ou subdimensões⁹.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família utiliza a perspectiva interna de avaliação, articulando elementos da avaliação normativa e da melhoria contínua da qualidade (MCQ), apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços, através da aplicação de cinco instrumentos, na forma de questionário com opção de resposta na forma de sim ou não. Sendo eles:

- Questionário nº 1 (com 60 questões) – dirigido ao gestor municipal de saúde e sua equipe direta de trabalho. Aborda temas relacionados à definição política e institucional da estratégia Saúde da Família, a organização da implantação, integração da rede de serviços, entre outros.
- Questionário nº 2 (com 40 questões) – dirigido aos coordenadores municipais da estratégia Saúde da Família. Aborda temas relacionados ao acompanhamento do trabalho das equipes, apoio técnico, educação permanente, planejamento e avaliação.
- Questionário nº 3 (com 40 questões) – dirigido aos responsáveis pela gerência da Unidade de Saúde da Família. Aborda temas relacionados à estrutura física da unidade, organização dos espaços de trabalho, insumos, materiais e medicamentos.
- Questionário nº 4 (com 70 questões) – dirigido a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. Aborda temas relacionados aos princípios e diretrizes que organizam, caracterizam e diferenciam este modelo de atenção.
- Questionário nº 5 (com 90 questões) – dirigido aos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família, e é dividido em duas partes (I e II). Aborda temas relacionados à organização do cuidado e os resultados de suas ações junto à população.

Os padrões utilizados foram elaborados por técnicos do Departamento de Atenção Básica e validados por especialistas, possibilitando elaborar um diagnóstico sobre a organização e funcionamento dos serviços partindo da formulação atual da Estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação) e busca favorecer a identificação de estágios de desenvolvimento, de aspectos críticos, potencialidades e pontos consolidados no processo de trabalho das equipes⁹.

Assim, cada instrumento representa uma Dimensão de análise, totalizando cinco possibilidades. Em sua estrutura interna, de acordo com a temática abordada,

cada instrumento está organizado em subdimensões, abrangendo determinado grupo de padrões correspondentes, sendo eles⁹:

- Padrões do Estágio E

Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF);

- Padrões do Estágio D

Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

- Padrões do Estágio C

Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações);

- Padrões do Estágio B

Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

- Padrões do Estágio A

Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

A proposta da AMQ orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados. Orienta, ainda, a elaboração, de maneira estratégica, de planos de intervenção para a resolução dos problemas encontrados⁸.

3.3.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: a proposta PMAQ

A Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo principal objetivo principal é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável

nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS⁶².

O programa é organizado em quatro fases, que se complementam e que configuram um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da ABS e são assim denominadas: 1 - Adesão e Contratualização; 2 - Desenvolvimento; 3 - Avaliação Externa; 4 - Recontratualização^{62, 63}.

A primeira fase é a etapa de formalização da adesão ao programa, possuindo como um de seus principais aspectos, o caráter voluntário da adesão, associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em ambientes nos quais os trabalhadores, gestores e usuários sintam-se motivados e se percebam como atores centrais para o seu êxito constituindo para isso espaços de diálogo, negociação e gestão da mudança pactuada em cada contexto^{62, 63}.

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa central do programa, sendo a etapa de operação da mudança realizada fundamentalmente pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) e gestão municipal, e aposta na ampliação da capacidade de análise do coletivo, através das estratégias de autoavaliação e monitoramento, e no fortalecimento da capacidade de ação do mesmo, através dos suportes proporcionados pela educação permanente e apoio institucional. As quatro estratégias propostas se articulam para ampliar a capacidade de análise e de gestão de um coletivo que deve protagonizar a mudança das condições, relações e práticas^{62, 63}.

A terceira fase é o momento de realização da Avaliação Externa, na qual, a partir do levantamento de um conjunto de informações sobre as condições de acesso e de qualidade das EAB, se certificará as equipes participantes do programa, reconhecendo e valorizando os esforços e resultados obtidos pelas EAB e gestores municipais no processo de qualificação da ABS. No processo de Avaliação Externa, as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da atenção básica; a estrutura e condições de funcionamento das UBS; a valorização dos trabalhadores; o acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e a utilização, participação e satisfação dos usuários^{62, 63}.

A quarta fase é aquela em se pretende conectar tudo aquilo que foi desenvolvido durante as fases anteriores e aquelas que virão, a partir de um processo de retroalimentação no qual os avanços e entraves servem como

balizadores para a reconstrutualização e seguimento do processo permanente de qualificação da atenção básica^{62, 63}.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, é possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação^{62, 63}.

MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado nos cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF) do município de Ribeirão Preto-SP, localizados no distrito sanitário Oeste e vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e nas cinco USF do município de São José do Rio Pardo–SP, no período de abril a junho de 2011, através de aplicação de dois questionários estruturados e autorrespondidos pelas equipes, com respostas categóricas do tipo “sim” ou “não”. Recorremos aos instrumentos 04 (Anexo A) e 05 (Anexo B) do AMQ, ambos relacionados à Unidade de Análise: Equipe, devido relevância dos temas neles tratados.

O instrumento 4 é dirigido a todos os membros das equipes multiprofissional e aborda a dimensão consolidação do modelo de atenção, incluindo 70 questões sobre a organização do trabalho em Saúde da Família, acolhimento, humanização, responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária e ações gerais de vigilância à saúde.

O instrumento 05 é dirigido aos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família, aborda a dimensão de “atenção à saúde” inclui 90 questões referentes aos resultados das ações sobre os distintos ciclos de vida, a saber: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do adulto (homens e mulheres); saúde do idoso e também informações sobre a vigilância às doenças infectocontagiosas. As questões relacionadas aos Agravos com Prevalência Regionalizada foram desconsideradas, sendo avaliadas assim 88 questões do instrumento.

O estudo transversal é útil quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Produzem “instantâneos” da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um de seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado⁶⁴.

Foram realizadas análises estatísticas, nas formas de análise de concordância para fins comparativos, enquanto que para verificar associação, foi empregada a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança a 95% (IC 95%) como estimadora de magnitude entre variáveis. Para comparação de proporções foi empregado o teste de Z. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%.

A concordância entre os resultados foi feita por meio da estatística *Kappa*, que mede o grau de concordância entre os municípios além do que seria esperado pelo acaso. Esta medida tem como valor máximo o um, representando total concordância e os valores próximos e até abaixo de zero indicando nenhuma concordância ou concordância pelo acaso. Para interpretação dos dados obtidos utilizou-se valores de referência adaptados de Lands e Koch⁶⁵, descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 – Valores de referência da estatística Kappa e sua interpretação.

VALORES DE KAPPA	INTERPRETAÇÃO
< 0	Sem concordância
0 – 0,19	Concordância muito fraca
0,20 – 0,39	Concordância fraca
0,40 – 0,59	Concordância moderada
0,60 – 0,79	Concordância forte
0,80 – 1,00	Concordância muito forte

Fonte: Adaptado de Lands e Koch (1977)

Para caracterização geral das USF, foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo este um instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e o principal instrumento de monitoramento das ações da Estratégia Saúde da Família, sendo possível obter informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde⁶⁶.

As análises foram realizadas com auxílio do “software” SPSS 20.0®.

4.2 Local do Estudo (aspectos organizacionais e sócio-demográficos)

O local escolhido para realização do presente estudo foram os municípios de Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, no estado de São Paulo. Tem-se como cenário os 05 Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto e as 05 Unidades de Saúde da Família do município de São José do Rio Pardo. Foram considerados sujeitos da pesquisa os profissionais pertencentes a estas equipes (médico, enfermeiro, dentista, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) mediante assinatura de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, em momento simultâneo de respostas das equipes à Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013⁶⁷, Ribeirão Preto está localizada a 21° 12' 42" de latitude sul e 47° 48' 24" de longitude oeste, distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual e a 706 quilômetros de Brasília. Seu território de 652 km² abriga uma população estimada em 619.136 habitantes, com uma densidade demográfica de 865,92 habitantes/ km² e com um grau de 99,57% de urbanização.

A cidade conta com quarenta e sete estabelecimentos de atenção básica distribuídos pelos cinco distritos de saúde. Das quais 05 são unidades básicas distritais de saúde, 13 unidades/núcleos de saúde da família com um total de 21 ESF; e vinte e uma unidades básicas tradicionais com 26 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Tem sua rede de Atenção Básica dividida geográfica e operacionalmente em 05 Distritos de Saúde, sendo Norte (Distrito do Simioni), Sul (Distrito Vila Virgínia), Leste (Distrito do Castelo Branco), Oeste (Distrito do Sumarezinho) e Região Central (Distrito Central). Conta com 21 Equipes de Saúde da Família, sendo 05 ligadas diretamente à Universidade de São Paulo (USP) e denominadas de Núcleos de Saúde da Família (NSF).

A implantação da Saúde da Família em Ribeirão Preto teve início em 1999 e se deu oficialmente em agosto de 2001 com sete equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde⁶⁸. As cinco unidades de Saúde da Família ligadas à Universidade de São Paulo: NSF I, NSF II, NSF III, NSF IV e NSF V, oferecem uma cobertura assistencial a uma população de cerca de 16000 habitantes, em uma área de cerca de 23000 pessoas⁴⁵.

O município de São José do Rio Pardo pertencente à Divisão Regional de Saúde (DRS) XIV – São João da Boa Vista, região esta localizada geograficamente a leste do Estado de São Paulo, na encosta ocidental da Serra da Mantiqueira, possuindo uma população de 808 653 mil habitantes e densidade demográfica de 99,03 habitantes / km². O percentual de municípios com menos de 10.000 habitantes é de 15% e municípios com mais de 100.000 habitantes é de 5%. Como condições de vida e saúde, apresenta coeficientes de mortalidade infantil de 15,08/1000, de mortalidade neonatal igual a 11,67/1000 e mortalidade pós-neonatal de 3,41/1000, Coeficiente de mortalidade materna 41,31/100.000. Conta com uma rede de serviços com 3,65 leitos por 1.000 habitantes. A proporção da população cadastrada por ESF é de 22,14%. Tem 0,24 médicos de atenção básica por 1.000 habitantes. O percentual de internação da população residente é de 7,57%. A média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas é 2,06. O percentual de internações por causas sensíveis a atenção básica é 20,54.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do município é de 51.910 habitantes, em uma área de 419,19 km² com uma densidade demográfica de 128,22 habitantes/ km² e com um grau de 88,57% de urbanização. Não tem em sua rede de Atenção Básica divisão geográfica, possuindo 05 Unidades de Saúde da Família, ainda conhecidas como Programa Saúde da Família (PSF) sendo nomeadas de PSF I, PSF II, PSF III, PSF IV e PSF V, oferecendo uma cobertura assistencial a uma população de 15.962 habitantes ou 4667 famílias, teve a implantação do Programa oficialmente em agosto de 2001, sendo três equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde.

4.3. Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP em abril de 2011, sendo aprovado através do protocolo de aprovação 411/CEP-CSE-FMRP/USP. A coleta de dados foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de São José do Rio Pardo (Apêndice A) e pelo Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Apêndice B) e os

sujeitos selecionados só foram incluídos no estudo após leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Visando manutenção do sigilo quanto à identidade das equipes participantes, estas foram renomeadas a partir das seguintes cores:

- Amarela
- Azul
- Branca
- Laranja
- Marrom
- Preta
- Rosa
- Roxa
- Verde
- Vermelha

Sendo as Unidades de São José do Rio Pardo identificadas pelas cores: amarela, azul, branca, laranja e marrom e as de Ribeirão Preto por: preta, rosa, roxa, verde e vermelha.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados consiste na caracterização das USF participantes desta investigação, apresentação dos estágios de desenvolvimento de qualidade apresentados pelos municípios, considerando-se o componente de trabalho das equipes, e a comparação destes resultados.

Durante os meses de agosto a junho de 2011 foram respondidos pelas equipes das USF participantes os instrumentos de número quatro (com 70 questões), dirigido a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família e que abordou temas relacionados aos princípios e diretrizes que organizam, caracterizam e diferenciam a Estratégia Saúde da Família e o instrumento número cinco (com 88 questões), dirigido aos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família, e é dividido em duas partes (I e II), e abordou temas relacionados à organização do cuidado e os resultados de suas ações junto à população. As questões referentes à subdimensão Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada, itens 5.89 e 5.90 foram desconsiderados, por abordarem a malária, doença não endêmica no Estado de São Paulo.

5.1 Características gerais das Unidades de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto

De acordo com o Regulamento dos Núcleos de Saúde da Família⁶⁹ do Distrito de Saúde Oeste do Município de Ribeirão Preto, área de abrangência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com início a partir de 1999 através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Ribeirão Preto, a USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o Hospital das Clínicas (HC) da FMRP - USP e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP, com a implantação de cinco Núcleos de Saúde da Família, sob a gestão da FMRP, os NSF são espaços destinados a implementar a ESF, como proposta de reorganização da atenção básica, em determinadas áreas de abrangência do Distrito

de Saúde Oeste, segundo as diretrizes do Ministérios da Saúde e do Plano Municipal de Saúde, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, constituindo-se em campos de ensino e de pesquisa para os alunos de graduação e pós graduação da FMRP e das demais unidades de ensino da área da Saúde do Campus da USP Ribeirão Preto e dos Médicos Residentes do HCFMRP.

Abriga cada um dos NSF, uma Equipe de Saúde da Família composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais, sendo coordenados por docentes da FMRP e da FAEPA e funcionam de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 17:00 horas.

Na tabela 5.1.1 apresenta-se a distribuição por faixa etária da população cadastrada nos NSF, de acordo com o SIAB.

Tabela 5.1.1 - Distribuição por faixa etária da população cadastrada nos Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV e V. Ribeirão Preto, agosto de 2012.

	FAIXA ETARIA (ANOS)										TOTAL
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
NSF I	15	59	34	64	118	142	698	309	296	649	2384
NSF II	16	53	48	54	127	156	671	308	341	631	2405
NSF III	5	47	24	52	107	139	589	246	279	540	2028
NSF IV	40	221	108	178	360	275	1340	414	363	365	3664
NSF V	30	141	74	99	200	202	920	349	343	361	2719

Fonte: SIAB, agosto de 2012

O Núcleo de Saúde da Família I tem cadastradas 754 famílias (2384 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (29%). Sua área de abrangência conta com 100% das casas com abastecimento de água da rede pública, energia elétrica, sistema de esgoto e coleta de lixo. Na faixa etária de sete aos 14 anos 86,62% frequentam a escola e 96,65% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 28,72% possuem plano de saúde e 4,88% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de 0 – 14 anos tem-se uma notificação (0,34%) de deficiência; na população acima de 15 anos tem-se: 07 (0,33%) de alcoolismo, 04 (0,19%) de doença de Chagas, 12 (0,57%) de deficiência, 186 (8,88%) de diabéticos, 08 (0,38%) de epilepsia e 591 (28,22) de hipertensos.

Em relação ao pré-natal, não estão em seguimento adolescentes de 10 a 19 anos e 08 (0,74%) com idade superior a 20 anos.

O Núcleo de Saúde da Família II tem cadastradas 774 famílias (2405 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (28%). Sua área de abrangência conta com 100% das casas com abastecimento de água da rede pública, sistema de esgoto e coleta de lixo, recebem em 99,48% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 95% frequentam a escola e 98,72% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 48,73% possuem plano de saúde e 0,26% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se uma notificação (0,34%) de deficiência, duas (0,67%) de diabetes, e uma (0,34%) de epilepsia; na população acima de 15 anos tem-se: 13 (0,62%) de alcoolismo, 02 (0,09%) de doença de Chagas, 08 (0,38%) de deficiência, 182 (8,64%) de diabéticos, 03 (0,14%) de epilepsia e 543 (25,77) de hipertensos.

Em relação ao pré-natal, não estão em seguimento adolescentes de 10 a 19 anos e 10 (0,91%) com idade superior a 20 anos.

O Núcleo de Saúde da Família III tem cadastradas 609 famílias (2028 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (29%). Sua área de abrangência conta com 100% das casas com abastecimento de água da rede pública, sistema de esgoto e coleta de lixo, recebe em 99,51% dos domicílios energia elétricas. Na faixa etária de 7 a 14 anos 91,92% frequentam a escola e 97,99% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas e 2,13% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na população acima de 15 anos tem-se: 06 (0,33%) notificações de alcoolismo, 04 (0,22%) de doença de Chagas, 05 (0,28%) de deficiência, 154 (8,59%) de diabéticos, 03 (0,17%) de epilepsia, 407 (22,70%) de hipertensos, 01 (0,06%) de hanseníase e 02 (0,11%) de tuberculose.

Em relação ao pré-natal, está em seguimento uma (0,88%) adolescente de 10 a 19 anos, e 04 (0,44%) com idade superior a 20 anos.

O Núcleo de Saúde da Família IV tem cadastradas 985 famílias (3664 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (36%). Sua área de abrangência conta com 98,79% das casas com abastecimento de água da rede pública, 100% de sistema de esgoto e coleta de lixo e recebem em 99,48% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 70,07% frequentam a escola e 93,86% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 8,94% possuem plano de saúde e 7,57% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se três notificações (0,33%) de deficiência; na população acima de 15 anos tem-se: 14 (0,50%) de alcoolismo, 09 (0,32%) de doença de Chagas, 25 (0,89%) de deficiência, 94 (3,34%) de diabéticos, 10 (0,35%) de epilepsia, 275 (9,76%) de hipertensos, 02 (0,07%) de hanseníase e 01 (0,04%) de tuberculose.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento seis (1,71%) de adolescentes de 10 a 19 anos, e 22 (1,67%) com idade superior a 20 anos.

O Núcleo de Saúde da Família V tem cadastradas 800 famílias (2719 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (34%). Sua área de abrangência conta com 99,63% das casas com abastecimento de água da rede pública, 83,13% de sistema de esgoto, 99,63% de coleta de lixo e recebem em 99,50% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 86,62% frequentam a escola e 96,65% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 28,72% possuem plano de saúde e 4,88% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se uma notificação (0,18%) cada de deficiência, epilepsia e hipertensão; na população acima de 15 anos tem-se: 15 (0,69%) de alcoolismo, 03 (0,14%) de doença de Chagas, 160 (7,34%) de diabéticos, 2 (0,09%) de epilepsia e 449 (20,61%) de hipertensos.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento três (1,38%) de adolescentes de 10 a 19 anos e 09 (0,86%) com idade superior a 20 anos.

5.2 Características gerais das Unidades de Saúde da Família do Município de São José do Rio Pardo

No município de São José do Rio Pardo, os PSF seguem as diretrizes do Ministério da Saúde e do Plano Municipal de Saúde, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Pardo.

As equipes são compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Variam em horário de funcionamento que podem ser de segunda a sexta-feira das 07:00h às 17:00 ou 19:00. Duas equipes são abrigadas no mesmo estabelecimento de saúde (PSF I e II) e duas equipes atendem zona rural.

Na tabela 5.2.1 apresenta-se a distribuição por faixa etária da população cadastrada nos PSF, de acordo com o SIAB.

Tabela 5.2.1 - Distribuição por faixa etária da população cadastrada nos Programas de Saúde da Família I, II, III, IV e V. São José do Rio Pardo, agosto de 2012

	FAIXA ETARIA (ANOS)										TOTAL
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
PSF I	18	191	101	161	260	300	1479	447	533	582	4072
PSF II	4	167	95	200	315	376	1554	529	481	472	4193
PSF III	7	173	102	168	329	353	1543	641	533	549	4398
PSF IV	8	118	74	108	191	213	1161	524	435	423	3255
PSF V	27	124	82	120	272	273	935	374	357	397	2961

Fonte: SIAB, agosto de 2012

O Programa de Saúde da Família I – Vale do Redentor, têm cadastradas 1184 famílias (4072 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (36%). Sua área de abrangência conta com 99,92% das casas com abastecimento de água da rede pública, 99,16% com energia elétrica, 99,58% com sistema de esgoto e 99,92% com coleta pública de lixo. Na faixa etária de sete aos 14 anos

97,39% frequentam a escola e 95,30% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 24,48% possuem plano de saúde e 2,95% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de 0 – 14 anos tem-se nove notificações (1,23%) de deficiências e uma notificação cada (0,14%) de epilepsia e hipertensão; na população acima de 15 anos tem-se: 39 (1,17%) de alcoolismo, 01 (0,03%) de doença de Chagas, 67 (2,01%) de deficiência, 195 (5,84%) de diabéticos, 12 (0,36%) de epilepsia e 607 (18,17%) de hipertensos.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento duas (0,74%) adolescentes de 10 a 19 anos e 06 (0,38%) com idade superior a 20 anos.

O Programa de Saúde da Família II – Vale do Redentor tem cadastradas 1184 famílias (4193 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (37%). Sua área de abrangência conta com 99,74% das casas com abastecimento de água da rede pública, 99,91% com sistema de esgoto e 99,49% com coleta pública de lixo e 99,66% dos domicílios recebem energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 96,89% frequentam a escola e 96,28% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 19,79% possuem plano de saúde e não tem registro de famílias que recebam o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se cinco notificações (0,64%) de deficiências uma (0,13%) de hipertensão; na população acima de 15 anos tem-se: 35 (1,03%) de alcoolismo, 01 (0,06%) de doença de Chagas, 44 (1,29%) de deficiência, 146 (4,28%) de diabéticos, 20 (0,59%) de epilepsia, 504 (14,77%) de hipertensos e uma (0,03%) de tuberculose.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento três (0,89%) adolescentes de 10 a 19 anos, e 18 (1,18%) com idade superior a 20 anos.

O Programa de Saúde da Família III - Cassuci tem cadastradas 1249 famílias (4398 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (35%). Sua área de abrangência conta com 99,76% das casas com abastecimento de água da rede pública, 99,44% com sistema de esgoto e 99,76% com coleta pública do lixo, recebe em 98,08% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 96,18% frequentam a escola; 96,88% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 2,13% da população cadastrada recebem o auxílio do programa Bolsa Família e 20,96% são cobertas por plano de saúde.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se duas notificações (0,26%) de deficiência; na população acima de 15 anos tem-se: 47 (1,30%) notificações de alcoolismo, 04 (0,11%) de doença de Chagas, 22 (0,61%) de deficiência, 192 (5,31%) de diabéticos, 07 (0,19%) de epilepsia, 652 (18,02%) de hipertensos e 01 (0,03%) de hanseníase.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento três (0,84%) adolescentes de 10 a 19 anos e 32 (1,86%) com idade superior a 20 anos.

O Programa de Saúde da Família IV – Centro de Saúde/ Domingos de Syllos/ Zona Rural tem cadastradas 959 famílias (3255 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (36%). Sua área de abrangência conta com 66,63% das casas com abastecimento de água de poço ou nascente e 32,85% da rede pública, 33,89% de sistema de esgoto e 48,59% com sistema de coleta de lixo e recebem em 98,12% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 93,98% frequentam a escola e 92,05% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 13,92% possuem plano de saúde e 1,36% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se três notificações (0,60%) de deficiência; na população acima de 15 anos tem-se: 29 (1,05%) de alcoolismo, 03 (0,11%) de doença de Chagas, 24 (0,87%) de deficiência, 116 (4,21%) de diabéticos, 17 (0,62%) de epilepsia, 423 e (15,35%) de hipertensos.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento cinco (2,40%) adolescentes de 10 a 19 anos e 19 (1,55%) com idade superior a 20 anos.

O Programa de Saúde da Família V – Vila Formosa/ Zona Rural tem cadastradas 811 famílias (2961 pessoas), a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (31,5%). Sua área de abrangência conta com 44,88% das casas com abastecimento de água da rede pública e 54,75% de poço ou nascente, 45,99% de casas com sistema de esgoto, 55,98% de coleta de lixo e recebem em 99,14% dos domicílios energia elétrica. Na faixa etária de 7 a 14 anos 92,60% frequentam a escola e 92,55% da população com mais de 15 anos são alfabetizadas; 11,99% possuem plano de saúde e 5,92% recebem o auxílio do programa Bolsa Família.

Quanto a doenças referidas, na faixa etária de zero a 14 anos tem-se duas notificações (0,32%) de deficiência e uma (0,16%) de diabetes; na população acima de 15 anos tem-se: 32 (1,37%) de alcoolismo, 27 (1,16%) de deficiência, 95 (4,07%)

de diabéticos, 5 (0,21%) de epilepsia e 415 (17,77%) de hipertensos e um (0,03%) de hanseníase.

Em relação ao pré-natal, estão em seguimento cinco (1,83%) adolescentes de 10 a 19 anos e 27 (2,69%) com idade superior a 20 anos.

5.3 Estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios

O gráfico 1 apresenta a comparação das respostas sim e não aos itens do instrumento quatro, respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios.

Gráfico 1 - Comparação das respostas SIM e NÃO aos itens respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento quatro, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

Pode-se observar pelo gráfico 1 uma pequena diferença nas respostas sim apresentadas, tendo Ribeirão apresentado 6% mais de respostas sim em relação a São José do Rio Pardo aos itens referentes ao instrumento quatro.

O gráfico 2 apresenta a comparação das respostas sim e não aos itens do instrumento cinco respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios.

Gráfico 2 - Comparação das respostas SIM e NÃO aos itens respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento cinco, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

Observa-se no gráfico 2, mais uma vez uma pequena diferença nas respostas sim apresentadas pelos municípios, com as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentando percentualmente mais respostas positivas.

O gráfico 3 apresenta a comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade E, D, C, B e A dos itens do instrumento quatro respondidas pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios.

Gráfico 3 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento quatro, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

Observa-se que comparativamente os municípios apresentaram porcentagens semelhantes de respostas aos padrões E, D, C e B, diferenciando-se em relação ao padrão A, onde Ribeirão Preto apresentou 14% mais de atendimento ao padrão. Não segue-se no gráfico uma linearidade descendente nos padrões de respostas, apresentando diferenças pouco expressivas em relação aos padrões D e C por ambos os municípios.

No gráfico 4 visualiza-se a comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade E, D, C, B e A dos itens do instrumento cinco respondidas pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios.

Gráfico 4 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, instrumento cinco, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

No gráfico 4, observa-se que comparativamente o município de Ribeirão Preto apresentou porcentagens maiores em relação aos padrões E, C e A, este com diferença 26%, e semelhantes nos padrões D e B. Ribeirão Preto segue uma linearidade descendente de resposta aos padrões, estando o padrão B próximo, mas acima de A. Em São José do Rio Pardo a linearidade descendente não é seguida, estando o padrão B acima do C.

No gráfico 5 apresenta-se a comparação geral dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade E, D, C, B e A respondidas pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas.

Gráfico 5 - Comparação geral dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

Nota-se pelo gráfico 5 que o município de Ribeirão Preto apresentou melhor desempenho no Componente: Equipes em relação aos padrões E, C, B e A, este com diferença percentual de 20%, o padrão D apresentou valores semelhantes entre os municípios, Ribeirão Preto apresentou mais atendimento aos padrões B que aos C. No município de São José do Rio Pardo seguiu-se uma linearidade descendente de cumprimento aos padrões, porém com diferença pouco expressiva entre os padrões C e B.

5.4 Subdimensão: Organização do Trabalho em Saúde da Família

Na tabela 5.4.1 estão apresentados os itens de 4.01 a 4.21, relacionados à Organização do Trabalho em Saúde da Família, e distribuídos por ESF.

Tabela 5.4.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família e seus padrões de qualidade segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA											
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO						RIBEIRÃO PRETO					
ITEM	PADRÃO
4.1	E	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
4.2	E	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S
4.3	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.4	E	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N
4.5	D	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S
4.6	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.7	D	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S
4.8	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.9	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.10	C	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S
4.11	C	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S
4.12	C	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
4.13	C	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S
4.14	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.15	C	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S
4.16	C	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
4.17	B	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S
4.18	B	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S
4.19	B	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N
4.20	A	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N
4.21	A	N	N	S	S	S	N	N	N	N	N

S = Sim ; N = Não

Na tabela 5.4.1 é possível identificar que todas as equipes estudadas responderam sim aos itens 4.3 (E), 4.6 (D), 4.8 (D), 4.9 (D) e 4.14 (C). As cinco equipes do município de São José do Rio Pardo, afirmam no item 4.12, padrão C que registram e monitoram as referências para outros níveis de atenção e no item 4.13, também padrão C, que registram e monitoram as solicitações de exames diagnósticos. Em todas as unidades de Ribeirão Preto, os itens 4.1 (E), 4.11 (C), 4.15 (C) e 4.17 (B) foram atendidos plenamente. O item 4.20 (A) foi respondido negativamente por todas as equipes de São José do Rio Pardo. Nos núcleos de

Ribeirão Preto, as ESF não realizam avaliação semestral dos resultados alcançados, relacionado ao item 4.21 (A). No total geral da subdimensão (N=105), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 83% (N=88) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 58% (N=61).

O Gráfico 6 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes a Organização do Trabalho em Saúde da Família.

Gráfico 6 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

O município de São José do Rio Pardo apresentou 70,0% dos padrões E; 80,0% dos padrões D; 82,8% dos padrões C; 33,3% dos padrões B e 30,0% dos padrões A atendidos satisfatoriamente. Em Ribeirão Preto, o resultado foi de 90,0% dos padrões E; 92,0% dos padrões D; 77,1% dos padrões C; 66,6% dos padrões B e 10,0% dos padrões A afirmados. O município de Ribeirão Preto apresentou 20% mais de respostas satisfatórias aos padrões E, 12% aos D e 33,3% dos B, São José do Rio Pardo teve maiores porcentagens relacionadas aos padrões C (5,7%) e aos A (20%).

Podemos observar que São José do Rio Pardo não segue uma linearidade descendente nos padrões, estando o padrão E abaixo do D, e este encontra-se

muito próximo ao C. Em Ribeirão Preto a linearidade descendente também não é mantida, estando o padrão E muito próximo, mas abaixo do D.

Na tabela 5.4.2 mostra-se a distribuição dos itens referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.4.2 - Distribuição dos itens referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.2	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC ⁺
4.4	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.5	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.7	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.10	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.18	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
4.19	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Na tabela 5.4.2, observamos que aos itens 4.1, 4.3, 4.6, 4.8, 4.9, 4.11 a 4.17, não foi possível calcular a razão de prevalência. Nenhum dos 21 itens apresentou associação e concordância de respostas entre os municípios.

A tabela 5.4.3 apresenta a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família.

Tabela 5.4.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Organização do Trabalho em Saúde da Família. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n = 5) %	(n = 5) %	
4.1	E	100	80	>0,05
4.2	E	80	60	>0,05
4.3	E	100	100	>0,05
4.4	E	80	40	>0,05
4.5	D	80	40	>0,05
4.6	D	100	100	>0,05
4.7	D	80	60	>0,05
4.8	D	100	100	>0,05
4.9	D	100	100	>0,05
4.10	C	80	60	>0,05
4.11	C	100	60	>0,05
4.12	C	100	80	>0,05
4.13	C	100	60	>0,05
4.14	C	100	100	>0,05
4.15	C	100	60	>0,05
4.16	C	100	20	<0,05
4.17	B	100	40	<0,05
4.18	B	40	40	>0,05
4.19	B	60	20	>0,05
4.20	A	20	0	>0,05
4.21	A	0	60	<0,05

Na tabela 5.4.3 podemos observar que os itens 4.16, 4.17 e 4.21 apresentaram diferenças significativas de resultados entre os municípios. As ESF de Ribeirão Preto apresentaram 80% mais de resultados positivos relacionados a dedicar uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações (4.16 B). Em todas as unidades de Ribeirão Preto o item 4.17 (B) é atendido positivamente, apresentando 60% mais de respostas sim que em São José do Rio Pardo.

Nos núcleos de Ribeirão Preto, não são realizados avaliação semestral dos resultados alcançados, relacionado ao item 4.21 (A), sendo que em São José do Rio Pardo, 60% das ESF o fazem.

Os itens 4.1 a 4.15, 4.18 a 4.21 não apresentaram diferenças significativas de resultados entre os municípios, sendo possível pela tabela identificar que 100 % das equipes estudadas responderam sim aos itens 4.3 (E), 4.6 (D), 4.8 (D), 4.9 (D) e 4.14 (C), mostrando que todas funcionam todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho; trabalham com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS; planejam a Assistência Domiciliar considerando as indicações para atuação dos profissionais da ESF; organizam os prontuários por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF e notificam os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e / ou exames.

As cinco equipes do município de São José do Rio Pardo, afirmam no item 4.12, padrão C que registram e monitoram as referências para outros níveis de atenção e no item 4.13, também padrão C, que registram e monitoram as solicitações de exames diagnósticos.

Em todas as unidades de Ribeirão Preto, os itens 4.1 (E), 4.11 (C) e 4.15 foram atendidos plenamente, mostrando que o cadastramento das famílias é atualizado mensalmente; o cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área e a ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.

O item 4.20 (A) foi respondido negativamente por todas as equipes de São José do Rio Pardo, sendo assim não existe a organização de “painel de situação” com mapas, dados e informações de saúde do território.

5.5 Subdimensão: Acolhimento, Humanização e Responsabilidade

Na Tabela 5.5.1 estão representados os itens de 4.22 a 4.33, seu padrão de qualidade e as respostas relacionadas ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade por ESF.

Tabela 5.5.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
4.22	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.23	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.24	D	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
4.25	D	N	N	S	S	S	S	S	S	N	N
4.26	D	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S
4.27	C	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N
4.28	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.29	C	N	S	S	S	N	S	N	S	S	N
4.30	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
4.31	C	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N
4.32	A	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
4.33	A	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S

S = Sim ; N = Não

Podemos observar que em relação ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, todas as USF responderam sim aos itens 4.22 (E), 4.23 (E) e 4.28 (C). As ESF de cor amarelo, azul, branco, laranja e marrom estão sensibilizadas para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde, em conformidade com o item 4.32 (A). Nas USF preta, rosa, roxa, verde e vermelha existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço, item 4.24 (D) e os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos, item 4.33 (A). Nenhuma das USF de São José do Rio Pardo atendeu ao item 4.27 (C) e item 4.31 (B).

No total geral da subdimensão (N=60), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 78% (N=47) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 74%.(N=41).

O gráfico 7 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade.

Gráfico 7 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

Aqui a linearidade descendente nos padrões de resposta não está presente em nenhum dos dois municípios. O município de São José do Rio Pardo apresentou 100% dos padrões E, 66,6% dos padrões D atendidos, estando dentro do esperado; 40,0% dos padrões C, 100,0% dos padrões B e 60,0% dos padrões A atendidos satisfatoriamente. Em Ribeirão Preto, o resultado foi também de 100% dos padrões E atendidos; 80,0% dos padrões D; 65,0% dos padrões C, 80,0% dos padrões B e 90,0% dos padrões A afirmados.

A tabela 5.5.2 apresenta a distribuição das variáveis referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, índice Kappa e sua interpretação.

Tabela 5.5.2 - Distribuição das variáveis referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.25	1	(0,08 - 12,55)	0	SC ⁺
4.26	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
4.29	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
4.30	-	-	0,2	Fraca

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺ Sem concordância

Não foi possível calcular a razão de prevalência dos itens 4.22 a 4.24, 4.27, 4.28, 4.30 a 4.33. Nenhum dos quatro itens avaliados apresentou associação de resultados entre os municípios.

O item 4.30, referente à ESF desenvolver iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários, apresentou concordância fraca entre as respostas dos municípios (0,2).

A distribuição das proporções de respostas “sim” referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade é apresentada na tabela 5.5.3.

Tabela 5.5.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z
		(n = 5) %	(n = 5) %	P
4.22	E	100	100	>0,05
4.23	E	100	100	>0,05
4.24	D	100	60	>0,05
4.25	D	60	60	>0,05
4.26	D	80	80	>0,05
4.27	C	40	0	>0,05
4.28	C	100	100	>0,05
4.29	C	40	40	>0,05
4.30	B	80	100	>0,05
4.31	C	60	0	<0,05
4.32	A	80	100	>0,05
4.33	A	100	80	>0,05

A tabela 5.5.3 mostra que Ribeirão Preto obteve melhores resultados na maioria dos itens, evidenciando-se o item 4.31 (B), relacionado ao monitoramento do tempo

médio de espera pelos serviços, que obteve 60% mais de respostas positivas, sendo observada aqui uma diferença significativa.

5.6 Subdimensão: Ações de Promoção à Saúde

Na tabela 5.6.1 estão representados os itens de 4.34 a 4.54, seu padrão de qualidade e as respostas relacionadas às Ações de Promoção à Saúde por ESF.

Tabela 5.6.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes às Ações de Promoção à Saúde e padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
4.34	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.35	D	N	N	S	S	S	S	N	S	S	N
4.36	D	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4.37	D	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N
4.38	D	S	S	S	S	S	S	N	N	S	N
4.39	D	S	S	S	S	S	S	N	N	S	N
4.40	C	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N
4.41	C	N	N	N	N	S	S	N	S	N	S
4.42	C	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N
4.43	C	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
4.44	C	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N
4.45	C	S	S	N	S	N	S	N	N	N	N
4.46	C	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
4.47	C	N	N	S	S	S	S	N	N	N	N
4.48	B	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N
4.49	B	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N
4.50	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S
4.51	B	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N
4.52	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4.53	A	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N
4.54	A	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S

S = Sim ; N = Não

De acordo com a tabela 5.6.1, em São José do Rio Pardo e Ribeirão Preto, são desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local, item 4.34 (E). Os itens 4.38 (D), 4.39 (D), 4.43 (C), 4.46 (C), 4.48 (B), respondidos positivamente pelas ESFs de São José do Rio Pardo, mostram que as equipes realizam ações educativas e de convivência com os hipertensos e diabéticos em acompanhamento; desenvolvem ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos; estimulam, desenvolvem e/ou acompanham atividades no campo das práticas corporais com a população; planejam, executam e acompanham as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG (Organização não governamental), associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.

Em contrapartida, nenhuma das unidades avaliadas atende aos itens 4.36 (D) (elaboração com a população de estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local) e 4.52 (A) (realização de ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito). Nas equipes de São José do Rio Pardo, não são desenvolvidos grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos e ações de educação em saúde com abordagem problematizadora, temas abordados nos itens 4.49 (B) e 4.50 (B).

No total geral da subdimensão (N=45), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 40% (N=43) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 52% (N=53).

O gráfico 8 apresenta a comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade E, D, C, B e A respondidos pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas.

Gráfico 8 - Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, referentes às Ações de Promoção à Saúde, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

Observa-se através do gráfico 8 que em Ribeirão Preto não segue uma linearidade descendente nos padrões de resposta referente a avaliação das Ações de Promoção à Saúde, estando o padrão B abaixo do A. São José do Rio Pardo também não, estando o padrão C, muito acima do D. Nele também observamos que o município de São José do Rio Pardo apresentou 100,0% dos padrões E atendidos; 36,0% dos padrões D; 67,5% dos padrões C; 30,0% dos padrões B e 13,3% dos padrões A atendidos satisfatoriamente. Em Ribeirão Preto, o resultado foi de 100,0% dos padrões E; 56,0% dos padrões D; 45,0% dos padrões C; 25,0% dos padrões B e 33,3% dos padrões A afirmados.

Analisou-se através da tabela 5.6.2 a distribuição das variáveis referentes às Ações de Promoção à Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.6.2 - Distribuição das variáveis referentes às Ações de Promoção à Saúde da Família segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.35	1	(0,08 - 12,55)	0	SC ⁺
4.37	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
4.38	-	-	0,6	Forte
4.39	-	-	0,6	Forte
4.40	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.41	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.42	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.43	-	-	0,4	Moderada
4.44	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.45	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.46	-	-	0,4	Moderada
4.47	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.48	-	-	0,4	Moderada
4.51	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.53	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.54	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Dos vinte itens analisados, os itens 4.34, 4.36, 4.49 a 4.50 e 4.52 não tiveram sua razão de prevalência calculada e não apresentaram concordância; dois itens apresentaram concordância forte (0,6), onde questiona se a ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento (4.38), e quanto a ESF realizar ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento (4.39). Na mesma tabela observamos que sete itens apresentaram o índice Kappa igual a 0,4, que representa concordância moderada nas questões de 4.42 a 4.48.

A tabela 5.6.3 mostra a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes às Ações de Promoção à Saúde.

Tabela 5.6.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes às Ações de Promoção à Saúde. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z
		(n = 5) %	(n = 5) %	P
4.34	E	100	100	>0,05
4.35	D	60	60	>0,05
4.36	D	0	0	>0,05
4.37	D	20	20	>0,05
4.38	D	40	100	<0,05
4.39	D	40	100	<0,05
4.40	C	80	40	>0,05
4.41	C	40	20	>0,05
4.42	C	20	60	>0,05
4.43	C	60	100	<0,05
4.44	C	40	80	>0,05
4.45	C	20	60	>0,05
4.46	C	60	100	>0,05
4.47	C	20	60	>0,05
4.48	B	60	100	>0,05
4.49	B	40	0	>0,05
4.50	B	20	0	>0,05
4.51	B	40	20	>0,05
4.52	A	0	0	>0,05
4.53	A	20	20	>0,05
4.54	A	60	20	>0,05

Os itens 4.38 (D) e 4.39 (D) apresentaram 60% a mais de respostas positivas em São José do Rio Pardo e o 4.43 (C) 40% a mais, apresentando associação significativa. Estes itens foram respondidos positivamente pelas por 100% das ESF de São José do Rio Pardo, mostrando que as equipes realizam ações educativas e de convivência com os hipertensos e diabéticos em acompanhamento e desenvolvem ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

5.7 Subdimensão: Participação Comunitária e Controle Social da USF

Na tabela 5.7.1 estão representados os itens de 4.55 a 4.58, seu padrão de qualidade e as respostas relacionadas à Participação Comunitária e Controle Social da USF.

Tabela 5.7.1 - Distribuição das respostas “sim” ou não” aos itens referentes à Participação Comunitária e Controle Social da USF, padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
4.55	D	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N
4.56	C	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4.57	B	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N
4.58	A	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N

S = Sim ; N = Não

Em relação à Participação Comunitária e Controle Social da USF, em nenhuma das unidades pesquisadas há reunião com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados, item 4.56 (C); assim como não é debatido regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS, item 4.55 (D). Nas unidades do município de Ribeirão Preto, os itens 4.57 (B), referente a participação em reuniões dos conselhos de saúde, e o 4.58 (A), sobre a participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF, foram respondidos negativamente.

No total geral da subdimensão (N=20), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 5% (N=1) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 15% (N=3).

O gráfico 9 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes a Participação Comunitária e Controle Social da USF.

Gráfico 9 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes a Participação Comunitária e Controle Social da USF, abril a junho de 2011.

Na subdimensão Participação Comunitária e Controle Social da USF não há itens com padrão E questionados. O município de São José do Rio Pardo não atendeu a nenhum dos padrões D e C, sendo encontrado o valor para o padrão B de 40,0% e com apenas 10,0% dos padrões A atendidos satisfatoriamente. Ribeirão Preto apresenta 20% dos padrões D atendidos e nenhum padrão C, B e A afirmado.

Na tabela 5.7.2 apresenta-se a distribuição das variáveis referente à Participação Comunitária e Controle Social da USF, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.7.2 - Distribuição das variáveis referente à Participação Comunitária e Controle Social da USF, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.57	-	-	0,4	Moderada
4.58	-	-	0,2	Fraca

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%

Os itens 4.55 e 56 não tiveram sua razão de prevalência calculada e as respostas apresentadas entre os municípios não apresentaram concordância. Não houve associações significativas nesta aos itens desta subdimensão. Na variável 4.57, onde é questionado se a ESF participa de reuniões com conselhos de saúde, observamos concordância moderada. A variável 4.58 apresentou concordância fraca, onde foi questionado a participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF.

Na tabela 5.7.3 analisa-se a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Participação Comunitária e Controle Social da USF, onde observa-se que nenhum dos quatro itens avaliados apresentou diferença significativa de respostas entre os municípios.

Tabela 5.7.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes Participação Comunitária e Controle Social da USF. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n = 5) %	(n = 5)%	
4.55	D	20	0	>0,05
4.56	C	0	0	>0,05
4.57	B	0	40	>0,05
4.58	A	0	20	>0,05

5.8 Subdimensão: Vigilância I: Ações Gerais da USF

Na tabela 5.8.1 estão representados os itens de 4.59 a 4.70, seu padrão de qualidade e as respostas relacionadas à Vigilância I: Ações Gerais da USF, padrão de qualidade, distribuídos por ESF.

Tabela 5.8.1 - Distribuição das respostas “sim” ou não” aos itens referentes a Vigilância I: Ações Gerais da USF, padrão de qualidade, segundo as ESFs estudadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
4.59	E	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N
4.60	E	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
4.61	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.62	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.63	D	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
4.64	D	N	N	S	S	S	S	N	N	N	N
4.65	C	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
4.66	C	S	S	N	N	N	S	S	S	N	N
4.67	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.68	B	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
4.69	A	N	N	S	S	S	S	N	N	S	S
4.70	A	N	N	N	N	N	S	S	N	S	S

S = Sim ; N = Não

É possível observar na tabela 5.8.1 que nas 10 ESFs analisadas, os itens 4.61 (E), relacionado ao desenvolvimento de ações educativas pelos ACS na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de *Aedes aegypti*; o 4.62 (E), que cita a realização da notificação compulsória de doenças ou envio de boletim semanal negativo pela ESF; o 4.67 (B), onde a ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos, foram confirmados. A mesma tabela aponta que nas USF do município de São José do Rio Pardo, os

profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população, assim como realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose, em conformidade aos itens 4.60 (E), 4.63 (D) e 4.65 (C), porém não atende ao item 4.70 (A), não desenvolvendo ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.

No total geral da subdimensão (N=60), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 71% (N=43) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 78% (N=47).

O gráfico 10 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF.

Gráfico 10 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes a Vigilância I: Ações Gerais da USF, abril a junho de 2011.

Observa-se no gráfico 10 que os municípios apresentaram a mesma porcentagem de atendimento aos padrões E e C. São José do Rio Pardo apresentou 30% a mais de atendimento ao padrão D e 10% do B. Ribeirão Preto apresentou 40% a mais de padrões A afirmados. Não observamos um seguimento linear de padrões de qualidade por nenhum dos municípios.

Na tabela 5.8.2 apresenta-se a distribuição dos itens referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.8.2 - Distribuição dos itens referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.59	16	(0,72 -354,80)	0,6	Moderada
4.60	-	-	0,2	Fraca
4.63	-	-	0,2	Fraca
4.64	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.65	-	-	0,2	Fraca
4.66	0,44	(0,03 - 5,58)	-0,2	SC ⁺
4.68	-	-	0,2	Fraca
4.69	1	(0,08 - 12,55)	0	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Não foi possível o cálculo da Razão de Prevalência dos itens 4.60 a 4.63, 4.65, 4.67 a 4.68 e 4.70. Os itens 4.61, 4.62, 4.66 e 4.69 não apresentaram concordância. Em relação ao item 4.59, houve um nível de concordância forte (0,60) das respostas entre os municípios, sendo questionado se a USF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. No item 4.64 encontramos concordância moderada (0,40), onde é questionado se a ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.

Os itens 4.60, 4.63, 4.65 e 4.68 apresentaram concordância fraca (0,20) nas respostas, sendo questionado se os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população e se ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose, se é realizado busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população e se a ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.

A tabela 5.8.3 analisa a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF.

Tabela 5.8.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância I: Ações Gerais da USF. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z
		(n= 5) %	(n= 5) %	P
4.59	E	20	80	<0,05
4.60	E	80	100	>0,05
4.61	E	100	100	>0,05
4.62	E	100	100	>0,05
4.63	D	80	100	>0,05
4.64	D	20	60	>0,05
4.65	C	80	100	>0,05
4.66	C	60	40	>0,05
4.67	B	100	100	>0,05
4.68	B	80	100	>0,05
4.69	A	60	60	>0,05
4.70	A	80	0	<0,05

A tabela 5.8.3 aponta que as USF do município de São José do Rio Pardo apresentaram 60% mais de atendimento ao item 4.59, referente a ESF desenvolver ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, com nível de significância. Em relação ao item 4.70, Ribeirão Preto apresentou 80% de respostas sim, mostrando que desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador, ação esta que foi negada por todas USF de São José do Rio Pardo.

5.9 Subdimensão: Saúde de Crianças

Na Tabela 5.9.1 estão representados os itens de 5.1 a 5.24, abordados no instrumento cinco, seu padrão de qualidade e as respostas relacionadas à Saúde de Crianças por ESF.

Tabela 5.9.1 - Distribuição das respostas “sim” ou não” aos itens referentes à Saúde de Crianças e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.1	E	N	N	S	S	S	N	S	N	N	S
5.2	E	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S
5.3	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.4	E	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S
5.5	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S
5.6	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.7	D	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S
5.8	D	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N
5.9	D	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
5.10	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
5.11	C	N	N	N	S	S	N	N	N	S	S
5.12	C	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N
5.13	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.14	B	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S
5.15	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.16	B	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
5.17	B	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
5.18	B	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N
5.19	B	N	N	S	N	N	N	S	N	N	N
5.20	A	S	S	S	S	N	S	S	N	N	N
5.21	A	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S
5.22	A	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N
5.23	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
5.24	A	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N

S = Sim ; N = Não

Observamos aqui que as dez USF responderam sim aos itens 5.3 (E), 5.6 (E), 5.13 (C) e 5.15 (B). As cinco USF de Ribeirão Preto responderam positivamente aos itens 5.4 (E) a 5.5 (E), 5.14 (B), 5.16 (B) a 5.17 (B). Todas as unidades pesquisadas São José do Rio Pardo atendem aos questionamentos dos itens 5.9 (D) a 5.10 (C) e 5.23 (A). Nenhuma das USF de São José do Pardo respondeu sim aos itens 5.7 (D), 5.18 (B) e 5.24 (A), já em Ribeirão o item não atendido por todas USF foi o 5.22 (A).

No total geral da subdimensão (N=120), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 71% (N=86) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 54% (N=65).

O Gráfico 11 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes à Saúde de Crianças.

Gráfico 11 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Saúde de Crianças, abril a junho de 2011.

O município de Ribeirão Preto apresentou melhor desempenho em todos os padrões, com uma diferença de 40% ao padrão B. Em relação ao padrão A, os dois municípios aproximam-se nos resultados. Não se tem uma linearidade de atendimento aos padrões pelos municípios, sendo observado que em Ribeirão Preto

há mais atendimento a padrão B que ao C e este mais que ao D, em São José do Rio Pardo, houve mais respostas sim ao padrão C que ao D, e mais ao A que ao B.

A tabela 5.9.2 apresenta a distribuição dos itens referentes à Saúde de Crianças segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.9.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Crianças segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.1	2,25	(0,17 - 28,25)	0,2	Fraca
5.2	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC ⁺
5.8	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.9	-	-	0,8	Muito forte
5.10			0,8	Muito forte
5.11	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.19	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.20	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.21	0,06	(0,00 - 1,38)	-0,6	SC
5.22	-	-	0,2	Fraca
5.23	-	-	0,2	Fraca

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Os itens 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 5.6, 5.7, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15, 5.16, 5.17, 5.18, 5.19, 5.21 e 5.24 não tiveram sua razão de prevalência calculada e não apresentaram concordância de respostas entre os municípios. Observa-se concordância fraca (0,2) de respostas entre os municípios nos itens 5.1, 5.22 e 5.23. No tem 5.1 o questionamento é acerca da existência de registro atualizado de crianças até cinco anos. O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminadas por faixa etária (ano a ano) e sexo, atualizado mensalmente. O item 5.22 é referente ao aleitamento materno e aborda a prevalência aos 12 meses é de 70% ou mais. O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno não

exclusivo na população de até 12 meses. Em relação ao item 5.23, é questionado se 80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida. O padrão refere-se à consulta médica e ou de enfermagem.

Para os itens 5.8 e 5.20 obteve-se concordância de respostas entre os municípios moderada (0,4). O item 5.8 questiona se 80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento pela ESF. O item 5.20 indaga se 80% ou mais das crianças da área entre 5 e 10 anos de vida, estão em acompanhamento pela ESF.

Nota-se concordância muito forte (0,8) aos itens 5.9 e 5.10, que são referentes a se 80% ou mais dos RN receberam duas consultas no seu 1º mês de vida e se 80% ou mais das crianças entre um e cinco anos de vida da área estão em acompanhamento pela ESF.

A tabela 5.9.3 apresenta a distribuição das proporções de respostas “sim” apresentadas pelos municípios, referentes a Saúde de Crianças.

Tabela 5.9.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Crianças. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n = 5) %	(n = 5) %	
5.1	E	40	60	>0,05
5.2	E	80	40	>0,05
5.3	E	100	100	>0,05
5.4	E	100	40	<0,05
5.5	E	100	60	>0,05
5.6	E	100	100	>0,05
5.7	D	100	0	<0,05
5.8	D	20	60	>0,05
5.9	D	80	100	>0,05
5.10	C	80	100	>0,05
5.11	C	40	40	>0,05
5.12	C	60	0	<0,05
5.13	C	100	100	>0,05
5.14	B	100	20	<0,05
5.15	B	100	100	>0,05
5.16	B	100	80	>0,05
5.17	B	100	60	>0,05
5.18	B	60	0	<0,05
5.19	B	20	20	>0,05
5.20	A	40	80	>0,05
5.21	A	80	20	<0,05
5.22	A	0	20	>0,05
5.23	A	80	100	>0,05
5.24	A	40	0	>0,05

Conforme pode-se observar, na tabela 5.9.3 os itens 5.1 a 5.3, 5.5, 5.6, 5.8 a 5.11, 5.13, 5.15 a 5.17, 5.19, 5.20, 5.22 a 5.24 não apresentaram diferenças significativas de resultados entre os municípios. Ribeirão Preto apresentou melhor desempenho nos itens 5.4, 5.7, 5.12, 5.14, 5.18 e 5.21, sendo observada aqui diferença significativa entre os municípios. No item 5.4, o município obteve

desempenho 60% melhor, e refere-se a ESF desenvolver ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério.

O item 5.7 aborda se a ESF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento, sendo observados 100% mais de respostas positivas. O item 5.12 questiona o desenvolvimento de ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com o protocolo clínico estabelecido, neste item o município apresentou-se 60% melhor que São José do Rio Pardo.

A redução do número absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população de menores de cinco anos, ou ausência de casos é questionada no item 5.14, e Ribeirão Preto apresentou desempenho 80% melhor. No item 5.18 é questionado sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses ser de 60% ou mais, tendo aqui o município apresentado desempenho 60% melhor, assim como o item 5.21, referente a redução do índice ceo-d (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) na população de cinco a seis anos nos últimos 24 meses, este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária.

5.10 Subdimensão: Saúde dos Adolescentes

Na tabela 5.10.1 estão apresentados os itens de 5.25 a 5.30, relacionados à Saúde dos Adolescentes, e distribuídos por ESF.

Tabela 5.10.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde dos Adolescentes e seus padrões de qualidade segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.25	D	S	S	N	S	S	S	N	N	S	S
5.26	D	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S
5.27	B	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N
5.28	B	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N
5.29	A	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S
5.30	A	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N

S = Sim ; N = Não

Pode-se observar que nenhuma das USF de São José do Rio Pardo respondeu positivamente aos itens 5.29 e 5.30 (A), já em Ribeirão Preto todas USF responderam sim ao item 5.29.

No total geral da subdimensão (N=30), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 53% (N=16) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 26% (N=8).

O gráfico 12 apresenta a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente, em relação aos itens referentes à Saúde dos Adolescentes.

Gráfico 12 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Saúde dos Adolescentes, abril a junho de 2011.

Nesta subdimensão não há itens com padrão E e padrão C. De acordo com o gráfico 12 observamos que Ribeirão Preto apresentou 10% mais de respostas sim ao padrão D, em relação ao padrão B os municípios apresentaram o mesmo resultado (20%) e apenas Ribeirão Preto apresentando o padrão A (70%). Não segue-se aqui uma linearidade de atendimento aos padrões por Ribeirão Preto que apresenta maior porcentagem de padrões A em relação aos B.

Observa-se a distribuição dos itens referentes à Saúde dos Adolescentes, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação na tabela 5.10.2.

Tabela 5.10.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde dos Adolescentes, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.25	2,66	(0,15 - 45,14)	0,2	Fraca
5.26	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC ⁺
5.27	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.28	1	(0,04 - 22,17)	0	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Os itens 5.29 e 5.30 não tiveram sua razão de prevalência calculada e assim como os itens 5.26 a 5.29 não apresentaram concordância de respostas entre os municípios. Observamos que o item 5.25 apresentou concordância fraca (0,20) e questionou sobre a ESF possuir registro atualizado dos adolescentes da área.

A tabela 5.10.3 apresenta a análise da distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde dos Adolescentes.

Tabela 5.10.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde dos Adolescentes. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n= 5) %	(n= 5) %	
5.25	D	60	80	>0,05
5.26	D	80	40	>0,05
5.27	B	20	20	>0,05
5.28	B	20	20	>0,05
5.29	A	100	0	<0,05
5.30	A	40	0	>0,05

Na tabela 5.10.3 observa-se que os itens 5.25 a 5.28 e 5.30 não apresentaram diferenças percentuais significativas de respostas entre os municípios. No item 5.29, Ribeirão Preto apresentou desempenho 100% melhor que São José do Rio Pardo, sendo questionada a redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.

5.11 Subdimensão: Saúde de Mulheres e Homens Adultos

Na tabela 5.11.1 estão apresentados os itens de 5.31 a 5.68, relacionados à Saúde de Mulheres e Homens Adultos, e distribuídos por ESF.

Tabela 5.11.1 (continua) - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.31	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.32	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.33	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
5.34	E	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
5.35	E	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
5.36	D	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N
5.37	D	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N
5.38	D	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
5.39	D	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
5.40	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.41	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.42	D	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
5.43	D	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
5.44	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.45	D	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S
5.46	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.47	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.48	D	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S
5.49	C	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S
5.50	C	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S
5.51	C	S	S	N	N	S	S	S	S	N	N
5.52	C	S	S	N	N	S	S	S	S	N	N
5.53	C	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N
5.54	C	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N

Tabela 5.11.1 (final) - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.55	C	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N
5.56	C	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
5.57	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.58	C	N	N	S	N	N	S	S	S	N	S
5.59	C	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
5.60	C	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N
5.61	B	S	S	S	N	N	S	N	S	N	S
5.62	B	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N
5.63	B	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N
5.64	B	N	N	S	S	S	S	N	S	N	S
5.65	B	N	N	S	S	S	S	N	S	N	S
5.66	B	N	N	S	S	S	S	N	S	N	S
5.67	B	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N
5.68	A	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N

S = Sim ; N = Não

Na tabela 5.11.1 foram abordados 23 itens, destes observamos que as dez USF pesquisadas responderam “sim” aos itens 5.31(E), 5.32 (E), 5.40 (D), 5.41(D), 5.44 (D), 5.46 (D), 5.47 (D) e 5.57 (C). O município de Ribeirão Preto respondeu positivamente por todas USF pesquisadas aos itens 5.33 (E), 5.45 (D), 5.56 (C) e 5.59 (C), assim como São José do Rio Pardo aos itens 5.34 (E), 5.35 (E), 5.38 (D), 5.39 (D), 5.42 (D), 5.43 (D), 5.62 (B) e 5.63 (B), porém respondeu negativamente por todas USF aos itens 5.67 (B) e 5.68 (A).

No total geral da subdimensão (N=190), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 71% (N=136) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 67% (N=129).

O gráfico 13 mostra a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente.

Gráfico 13 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes a Saúde de Mulheres e Homens Adultos, abril a junho de 2011.

Pode-se observar pelo gráfico 13, que São José do Rio Pardo obteve melhor desempenho em relação ao padrão E (4% mais), ao D (12% mais), ao B (6% mais) e ao A (40% mais), padrão este que Ribeirão Preto não apresentou respostas positivas. Apenas em relação ao padrão C, nas USF pesquisadas em Ribeirão Preto observamos melhor resultado, com 26% de diferença. Quanto a linearidade de seguimento dos padrões, em Ribeirão Preto percebemos que proporcionalmente os padrões D e C estão semelhantes, distanciando-se de B, enquanto o A é nulo. Em São José do Rio Pardo, os padrões C e B se aproximam.

A tabela 5.11.2 apresenta a distribuição dos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.11.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	(IC 95%)	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.34	-	-	0,2	Fraca
5.35	-	-	0,2	Fraca
5.36	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.37	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.38	-	-	0,4	Moderada
5.39	-	-	0,6	Forte
5.42	-	-	0,2	Fraca
5.43	-	-	0,2	Fraca
5.48	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC ⁺
5.49	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
5.50	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
5.51	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.52	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.53	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.54	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.55	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.58	0,06	(0,00 - 1,38)	-0,6	SC
5.60	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.61	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.62	-	-	0,4	Moderada
5.63	-	-	0,6	Forte
5.64	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.65	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.66	1	(0,08 - 12,55)	0	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Nos itens 5.31 a 5.33, 5.41, 5.44 a 5.47, 5.56 a 5.57, 5.59, 5.67 a 5.68 não foi possível o cálculo da razão de prevalência e não apresentaram concordância de respostas entre os municípios. Dos dezessete itens com razão de prevalência calculada, nenhum apresentou associação de respostas entre os municípios.

Com concordância fraca (0,2) de respostas entre os municípios, observam-se o item 5.34 que questiona acerca da ESF possuir registro atualizado dos hipertensos da área; o item 5.35 que indaga se a ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área; o item 5.42 que aborda o desenvolvimento de ações mensais de planejamento familiar pela ESF e o item 5.43, que levanta se a ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama.

Com concordância moderada (0,4) de respostas entre os municípios, observamos os itens 5.36 (a ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas?), o item 5.37 (a ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas?), o item 5.38 (os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre?), e o 5.62 (os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF?).

Os itens 5.39 e 5.63 apresentaram concordância forte (0,6) de respostas entre os municípios, onde são abordados pelos itens se 80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre e se a população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela equipe de saúde bucal.

A tabela 5.11.3 mostra a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos.

Tabela 5.11.3 (continua) - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n = 5) %	(n = 5) %	
5.31	E	100	100	>0,05
5.32	E	100	100	>0,05
5.33	E	100	80	>0,05
5.34	E	80	100	>0,05
5.35	E	80	100	>0,05
5.36	D	40	80	>0,05
5.37	D	40	80	>0,05
5.38	D	60	100	>0,05
5.39	D	60	100	>0,05
5.40	D	100	100	>0,05
5.41	D	100	100	>0,05
5.42	D	80	100	>0,05
5.43	D	80	100	>0,05
5.44	D	100	100	>0,05
5.45	D	100	40	<0,05
5.46	D	100	100	>0,05
5.47	D	100	100	>0,05
5.48	D	60	20	>0,05
5.49	C	80	40	>0,05
5.50	C	80	40	>0,05
5.51	C	60	60	>0,05
5.52	C	60	60	>0,05
5.53	C	20	20	>0,05
5.54	C	40	20	>0,05
5.55	C	40	20	>0,05
5.56	C	100	80	>0,05
5.57	C	100	100	>0,05
5.58	C	80	20	<0,05
5.59	C	100	60	>0,05

Tabela 5.11.3 (final) - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Mulheres e Homens Adultos. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n = 5) %	(n = 5) %	
5.60	C	40	20	>0,05
5.61	B	60	60	>0,05
5.62	B	60	100	>0,05
5.63	B	40	100	<0,05
5.64	B	60	60	>0,05
5.65	B	60	60	>0,05
5.66	B	60	60	>0,05
5.67	B	40	0	>0,05
5.68	A	40	0	>0,05

Pela tabela 5.11.3 nota-se que para os itens 5.31 a 5.44, 5.46 a 5.57, 5.59 a 5.62, 5.64 a 5.68 as diferenças percentuais observadas entre municípios não foram significativas.

As USF de Ribeirão Preto tiveram um desempenho 60% melhor ao item 5.45, referente aos profissionais realizarem o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a). No item 5.58, obtiveram o mesmo desempenho, onde as ESF desenvolvem ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.

No item 5.63, São José do Rio Pardo apresentou diferença positiva e significativa de 60%, este item conforme visto na tabela 5.11.2, apresentou concordância forte de resposta entre os municípios.

5.12 Subdimensão: Saúde de Idosos

Na tabela 5.12.1 estão apresentados os itens de 5.69 a 5.75, relacionados à Saúde dos Idosos, e distribuídos por ESF.

Tabela 5.12.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Saúde de Idosos e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.69	D	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
5.70	C	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N
5.71	B	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N
5.72	B	N	N	S	S	S	N	N	S	N	N
5.73	B	N	N	S	S	S	S	N	S	N	N
5.74	A	N	N	S	S	S	S	S	N	N	S
5.75	A	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S

S = Sim ; N = Não

Na tabela 5.12.1 foram abordados sete itens, destes observamos que as cinco USF pesquisadas em São José do Rio Pardo responderam “sim” aos itens 5.69 (D) e 5.70 (C), porém respondeu negativamente por todas ao item 5.75 (A).

No total geral da subdimensão (N=35), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 48% (N=17) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 57% (N=20).

O gráfico 14 mostra a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade referentes a Saúde de Idosos apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente.

Gráfico 14 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes à Saúde dos Idosos, abril a junho de 2011.

No gráfico 14, observa-se que nesta subdimensão não são avaliados itens com padrão E. O município de São José do Rio Pardo apresentou melhores resultados em relação ao padrão D (20% mais), padrão C (60% mais) e ao padrão B (14% mais), as USF de Ribeirão Preto obtiveram melhor desempenho em relação ao padrão A (30% mais). Não se tem uma linearidade de seguimento aos padrões por nenhum dos dois municípios. Em Ribeirão Preto há mais atendimento ao padrão A que ao padrão B e em São José do Rio Pardo os resultados aos padrões D e C são semelhantes.

A tabela 5.12.2 refere-se a distribuição dos itens referentes à Saúde de Idosos segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.12.2 - Distribuição dos itens referentes à Saúde de Idosos segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	(IC 95%)	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.69	-	-	0,2	Fraca
5.70	-	-	0,6	Forte
5.71	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC ⁺
5.72	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.73	2,25	(0,17 - 28,25)	0,2	Fraca
5.74	1	(0,80 - 12,55)	0	SC

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

No item 5.75 não foi possível o cálculo da razão de prevalência e não apresentou concordância de respostas entre os municípios. Dos quatro itens com razão de prevalência calculada, nenhum apresentou associação de respostas entre os municípios. Os itens 5.69 e 5.73 apresentaram concordância fraca (0,2) de respostas entre os municípios. O item 5.69 é referente a ESF possuir registro atualizado dos idosos da área e o item 5.73 questiona se o exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço. Se os idosos estão em acompanhamento sistemático pela Equipe de Saúde Bucal foi abordado no item 5.72, e obteve concordância moderada (0,4) de respostas entre os municípios. O item 5.70 apresentou concordância forte (0,6), e questiona se 80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia.

A tabela 5.12.3 trata da distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Idosos.

Tabela 5.12.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Saúde de Idosos. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z p
		(n = 5) %	(n = 5) %	
5.69	D	80	100	>0,05
5.70	C	40	100	<0,05
5.71	B	40	20	>0,05
5.72	B	20	60	>0,05
5.73	B	40	60	>0,05
5.74	A	60	60	>0,05
5.75	A	60	0	<0,05

A tabela 5.12.3 mostra que para os itens 5.69, 5.71 a 5.74 as diferenças percentuais observadas entre municípios não foram significativas. O item 5.70 apresentou diferença significativa de 60% para São José do Rio Pardo, este mesmo item, conforme apresentado na tabela 5.12.2 apresentou concordância forte de respostas entre os municípios. O item 5.75 também apresentou diferença significativa, com melhor resultado (60%) para Ribeirão Preto, no item questiona-se se são desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências.

5.13 Subdimensão: Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

Na tabela 5.13.1 estão apresentados os itens de 5.76 a 5.88, relacionados à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, e distribuídos por ESF.

Tabela 5.13.1 - Distribuição das respostas “sim” ou “não” aos itens referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis e seus padrões de qualidade, segundo as ESF pesquisadas. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

		UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA									
		SÃO JOSÉ DO RIO PARDO					RIBEIRÃO PRETO				
ITEM	PADRÃO
5.76	D	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
5.77	D	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S
5.78	D	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.79	C	S	S	N	S	S	N	N	S	N	N
5.80	C	S	S	N	S	S	N	N	S	N	N
5.81	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.82	C	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
5.83	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.84	C	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.85	B	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
5.86	B	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
5.87	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.88	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

S = Sim ; N = Não

Na tabela 5.13.1 foram abordados 13 itens, destes observa-se que todas as USF pesquisadas responderam “sim” aos itens: 5.78 (D), 5.81 (C), 5.83 (C), 5.84 (C), 5.87 (B) e 5.88 (B). As cinco USF pesquisadas em São José do Rio Pardo responderam “sim” aos itens 5.76 (D), 5.82 (C), 5.85 (B) e 5.86 (B).

No total geral da subdimensão (N=65), as USF pesquisadas em Ribeirão Preto apresentaram 78% (N=51) de atendimento aos itens e o município de São José do Rio Pardo 95% (N=62).

O gráfico 15 mostra a avaliação do grau de atendimento aos padrões de qualidade referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios comparativamente.

Gráfico 15 - Comparação do nível de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de Saúde da Família pesquisadas e consolidadas por municípios, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, referentes a Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, abril a junho de 2011.

No gráfico 15, nota-se que nesta subdimensão não são avaliados itens com padrão E e A. O município de São José do Rio Pardo apresentou melhores resultados em relação ao padrão D (6% mais), padrão C (26% mais) e ao padrão B (10% mais). Não se tem uma linearidade de seguimento aos padrões por nenhum dos dois municípios, onde em Ribeirão Preto há mais atendimento ao padrão B que ao padrão C, o mesmo ocorrendo em São José do Rio Pardo e tendo ainda os resultados aos padrões D e C semelhantes.

Na tabela 5.13.2 mostra-se a distribuição dos itens referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação.

Tabela 5.13.2 - Distribuição dos itens referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, estatística *Kappa* e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.76	-	-	0,2	Fraca
5.77	1	(0,04 - 22,17)	0	SC ⁺
5.79	16, 00	(0,72 -354,80)	0,6	Forte
5.80	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.82	-	-	0,4	Moderada
5.85	-	-	0,2	Fraca
5.86	-	-	0,2	Fraca

*Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; ⁺SC = Sem concordância

Nos itens 5.78, 5.81, 5.83, 5.84, 5.87, 5.88 não foi possível o cálculo da razão de prevalência e não apresentaram concordância de respostas entre os municípios. Dos três itens com razão de prevalência calculada, nenhum apresentou associação de respostas entre os municípios.

Quanto à concordância de respostas entre os municípios, observamos os itens 5.76 e 5.85, referentes a tuberculose, com concordância fraca (0,2), onde são questionados se a ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose e se 90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura. No item 5.86 também foi observada concordância fraca (0,2), e a indagação foi se 90% dos pacientes com hanseníase diagnosticada e tratada apresentam cura. O item 5.82 obteve concordância moderada (0,4), e questionou se o exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados. O único item desta subdimensão, com concordância forte (0,6) de respostas entre os municípios foi o 5.79, que questiona se o diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose.

Apresenta-se através da tabela 5.13.3 a distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, onde visualiza-se que para os 13 itens desta subdimensão as diferenças percentuais de respostas observadas entre municípios não foram significativas.

Tabela 5.13.3 - Distribuição das proporções de respostas “sim” referentes à Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011.

ITEM	PADRÃO	RIBEIRÃO PRETO	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	TESTE Z P
		(n= 5) %	(n= 5) %	
5.76	D	80	100	>0,05
5.77	D	80	80	>0,05
5.78	D	100	100	>0,05
5.79	C	20	80	>0,05
5.80	C	20	80	>0,05
5.81	C	100	100	>0,05
5.82	C	60	100	>0,05
5.83	C	100	100	>0,05
5.84	C	100	100	>0,05
5.85	B	80	100	>0,05
5.86	B	80	100	>0,05
5.87	B	100	100	>0,05
5.88	B	100	100	>0,05

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através do presente estudo, foi possível constatar que apesar das USF pesquisadas em Ribeirão Preto, estarem ligadas a área de atuação da FMRP-USP, que responde por parte do distrito de saúde (Distrito Oeste) sendo coordenado pelo Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade (CAP), para apoiar, coordenar e acompanhar as atividades que envolvem os estudantes dos cursos de graduação, conforme as diretrizes estabelecidas pelos colegiados da Instituição e em sintonia com o Plano Municipal de Saúde⁷⁰ não as privilegiam em qualidade quando comparadas as USF pesquisadas em São José do Rio Pardo (um município de pequeno porte), unidades estas não ligadas a Instituições de Ensino.

Na proposta do AMQ 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, no caso desta pesquisa a equipe, e/ou em aspectos pré-definidos, por isso, mostra-se aqui a apresentação de Felisberto⁷¹, intitulada “Proposta de Qualificação do Programa Saúde da Família no Brasil” de 2004, que traz os seguintes parâmetros para se estabelecer o estágio de qualidade da ESF municipal:

Quadro 2 – Parâmetros para se estabelecer o estágio de qualidade da ESF municipal.

Estágio de Qualidade do PSF Municipal	Classificação	% cumprida do padrão
A	Adequado	80
B	Satisfatório	60 – 79
C	Regular	40 – 59
D	Insatisfatório	20 – 39
E	Crítico	< 19

Fonte: FELISBERTO, E. “Proposta de Qualificação do Programa Saúde da Família no Brasil”, 2004. Apresentação disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_qualpsf.pdf

Avaliando-se os padrões cumpridos no instrumento quatro, referente à Consolidação ao Modelo de Atenção e levando-se em consideração esta proposta, o município de Ribeirão Preto encontra-se no estágio B, considerado satisfatório, São José do Rio Pardo, está no estágio C, considerado regular. Fazendo-se uma análise

por subdimensão, observa-se que na Organização do Trabalho em Saúde da Família, Ribeirão Preto classifica-se como adequado (A) e São José do Rio Pardo em regular (C). Em relação ao Acolhimento, Humanização e Responsabilização, Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B) assim como São José do Rio Pardo. Na subdimensão relacionada à Promoção à Saúde, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se em regular (C). Em relação à Participação Comunitária e Controle Social, ambos os municípios encontram-se na classificação crítica (E), pior desempenho do estudo. Observa-se que na Vigilância à Saúde I: Ações Gerais, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se como satisfatório (B).

Já em relação aos padrões cumpridos no instrumento cinco, referente à Atenção a Saúde, os dois municípios se enquadrariam no estágio B. Fazendo-se uma análise por subdimensão, observa-se que em relação à Saúde de Crianças, Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B) e São José do Rio Pardo em regular (C). Na subdimensão Saúde dos Adolescentes, Ribeirão Preto classifica-se como regular (C) e São José do Rio Pardo em insatisfatório (D). Na análise da subdimensão Saúde de Mulheres e Homens Adultos temos ambos os municípios classificados como satisfatórios (B). Na Saúde de Idosos, também os dois municípios tem a mesma classificação regular (C). Por fim, na subdimensão Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, temos Ribeirão Preto com a classificação satisfatória (B) e São José do Rio Pardo com classificação adequada (A).

Quando considerados os padrões cumpridos no Componente: Equipes, envolvendo os dois instrumentos, os dois municípios se enquadram no mesmo estágio B, considerado satisfatório.

O presente estudo concorda com outros ao colocarem que o estudante de graduação e pós-graduação da área da Atenção Primária à Saúde necessita de uma estrutura educacional que facilite o trânsito entre prática e teoria, visando a obtenção de bases sólidas competentes e hábeis, com visão integral da atenção à saúde, que valorizem a humanização do atendimento e sejam capazes de atuar com qualidade, eficácia e resolutividade no SUS, favorecendo assim a consolidação do modelo da ESF^{42, 43, 72, 73}, e o não atendimento pleno aos padrões E, D e C apresentados pelos NSF mostram a não conformidade com os princípios básicos da ESF, uma vez que os padrões estão em sintonia com as normas vigentes no âmbito nacional, para

impulsionar o cumprimento da Estratégia, que descreve as responsabilidades dos profissionais e da equipe de Saúde da Família, o que poderia vir a comprometer a formação e atuação destes futuros profissionais.

Na subdimensão Organização do trabalho em Saúde da Família, Domingos⁴⁵, em pesquisa realizada em um NSF ligado a FMRP-USP mostra que o serviço diferenciado ofertado pelo estabelecimento (ensino, assistência e pesquisa) acaba sobrecarregando a equipe, que se mantém nos moldes do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, mesmo recebendo estudantes de enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, dentre outros, além de médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas, o que se reflete em mais serviço interno e supervisão direta ou indireta pela equipe. Porém, pode-se observar na tabela 5.4.3, que apesar dos 21 itens verificados, apenas três terem apresentado diferença significativa de resultado entre as respostas apresentadas pelos municípios, as USF em Ribeirão apresentaram melhor desempenho, obtendo média percentual em 12 itens de 100% (dois destes com diferença significativa) e 80% em cinco itens. O desempenho regular do município de São José do Rio Pardo nesta subdimensão pode ser justificado por suas equipes estarem com o número de pessoas cadastradas acima da média recomendada pelo Ministério da Saúde²⁵.

O item 4.21 foi negado por todos os NSF, e é referente à ESF realizar avaliação semestral dos resultados alcançados, sendo tido como padrão avançado, indicando ausência de cultura avaliativa no serviço, para tanto é orientado que a equipe realize semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente, isso levará a equipe a valorizar a cultura avaliativa, repensar e propor mudanças, uma vez que o interesse de avaliar sua própria prática é algo que, se minimamente despertado pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar por parte das equipes de saúde pública^{9, 11, 74}.

Na subdimensão “Participação Comunitária e Controle Social” registrou-se fraco desempenho das equipes de saúde da família pelos dois municípios, resultado este já apresentado em outros trabalhos^{6, 37, 49, 75, 76, 77}. Silva e Caldeira⁷⁵ trazem que as equipes consideram a participação comunitária e controle social, um atributo mais dependente da comunidade do que das suas ações. Porém fazendo análise dos

padrões aos itens desta subdimensão, como o autor, pode-se concluir que as ações apresentadas são pertinentes às equipes de saúde da família⁹:

- Desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais;
- Reunir-se com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes;
- Ter a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde).

A subdimensão traz apenas um item independente da equipe, referente aos representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio.

O estímulo à participação da comunidade e ao controle social é um dos princípios da ESF, e cabe à gestão local favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população^{9, 21}.

Em relação à Saúde do Adolescente, onde o município de São José do Rio Pardo apresentou desempenho insatisfatório, em seu estudo Silva e Caldeira⁷⁶ também obtiveram resultado similar, citando outras pesquisas com mesmo desempenho e associando o resultado à dificuldade de realizar atividades coletivas com esse segmento etário e ao fato de as equipes não desenvolverem ações específicas direcionadas a essa população.

A adolescência caracteriza-se por grandes transformações físicas e psicológicas, porém, excetuando situações relacionadas a doenças crônicas ou distúrbios endócrinos, o adolescente é, basicamente, acometido por transtornos psicossomáticos ou dificuldades psicossociais. A equipe de saúde em atenção primária precisa estar preparada para desenvolver ações voltadas não só para o desenvolvimento emocional e afetivo do adolescente e de sua autoestima, estimulando o diálogo construtivo e sua relação saudável com o mundo, mas para a identificação e prevenção dos fatores de risco a que está exposto, tais como os relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à gestação indesejada, ao uso de drogas lícitas e ilícitas e outros⁵.

Como padrão, o AMQ coloca que a ESF deve⁹:

- Registrar e documentar em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente;
- Acompanhar esta clientela por meio de consultas, visita domiciliar (VD) e grupos operativos regulares, quanto à imunização;
- Acompanhar esta clientela por meio de consultas médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares, quanto à avaliação anual do crescimento e desenvolvimento;
- Desenvolver ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com oferta de métodos contraceptivos (camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação), realizadas no mínimo duas vezes ao ano;
- Monitorar a incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe;
- Demonstrar resolubilidade na atenção em saúde bucal (SB), especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária.

Referente à Saúde dos Idosos, subdimensão onde ambos os municípios tem a mesma classificação C (regular), Carvalho; Assunção e Bocchi⁷⁸ em revisão integrativa da literatura discorrem acerca do reduzido número de publicações produzidas sobre o tema, atribuindo ao não despertar das equipes para as reflexões referentes à assistência ao idoso.

A marcante transformação da distribuição etária da população brasileira, com o rápido aumento do número de pessoas idosas em sua composição é decorrente do aumento da longevidade da população e considerada como uma das principais conquistas de toda a sociedade organizada. Entretanto, essa realidade vem gerando uma série de mudanças nas práticas de saúde, com vistas ao acompanhamento das alterações biológicas e psicológicas, almejando a melhoria progressiva da qualidade de vida, acompanhando o aumento da longevidade do indivíduo. Assim sendo, faz-se necessário que os profissionais de saúde da rede básica participem ativamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas⁵.

De acordo com os padrões do AMQ, o esperado seria que as ESF possuísem registradas e documentadas em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade; monitorassem a cobertura vacinal dos idosos; tivessem como rotina preconizada e realizassem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior; desenvolvessem ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária; tivessem como rotina preconizada e realizassem de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem; realizassem intervenções junto às famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados e que os membros da ESF estejam sensibilizados para reconhecer as manifestações das principais demências incidentes sobre a população de idosos (Parkinson, Alzheimer, doenças microvasculares, etc.)⁹.

A proposta do AMQ tem a disposição dos padrões de qualidade nos instrumentos, concebida segundo uma evolução temporal e incremental, buscando captar, enquanto instrumento avaliativo, situações relacionadas ao processo de implantação da estratégia Saúde da Família, nos estágios E, D, C, evoluindo para situações relacionadas à garantia de qualidade das ações desenvolvidas

propriamente ditas, nos estágios B e A. O documento técnico da proposta aponta que muito é abordado na literatura acerca da não linearidade entre os elementos de estrutura, processo e resultado, justificando que no AMQ o incremento da qualidade é abordado de maneira processual, tendo início com as condições de estrutura e infraestrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos de trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida⁹. Em nosso estudo, assim como no desenvolvido por Sarti⁴⁹, observa-se esta não linearidade entre a complexidade de implementação dos processos de trabalho e a autoavaliação das equipes de saúde da família dos municípios estudados, onde o estágio “elementar” nem sempre apresentou as maiores médias e o estágio “avançado”, as menores.

Pinto e colaboradores⁶³ trazem em seu estudo a alta adesão dos municípios ao PMAQ e compara-o ao AMQ, sendo os números do AMAQ cinco vezes maiores em um tempo seis vezes mais curto, relacionando a melhor adesão ao contexto e na articulação do processo de autoavaliação com toda a estratégia proposta pelo PMAQ, que tem a autoavaliação como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança, complementando-a com o monitoramento, apoiando o coletivo através da educação permanente e apoio institucional com o objetivo de dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema no processo de autoavaliação e, por fim, reconhecer esse esforço na avaliação externa pode explicar em grande parte as diferenças de uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliando-se os padrões referentes à Consolidação ao Modelo de Atenção o município de Ribeirão Preto encontra-se no estágio B (satisfatório), São José do Rio Pardo, está no estágio C (regular), sendo que por subdimensão temos:

- Organização do Trabalho em Saúde da Família: Ribeirão Preto classifica-se como adequado (A) e São José do Rio Pardo em regular (C);
- Acolhimento, Humanização e Responsabilização: Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B) assim como São José do Rio Pardo;
- Promoção a Saúde: Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se em regular (C);
- Participação Comunitária e Controle Social: ambos os municípios encontram-se na classificação crítica (E), pior desempenho do estudo;
- Vigilância à Saúde I: Ações Gerais: Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se como satisfatório (B).

Já em relação aos padrões referentes à Atenção a Saúde, os dois municípios se enquadrariam no estágio B (satisfatório). Fazendo-se uma análise por subdimensão, observou-se que:

- Saúde de Crianças: Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B) e São José do Rio Pardo em regular (C);
- Saúde dos Adolescentes: Ribeirão Preto classifica-se como regular (C) e São José do Rio Pardo em insatisfatório (D);
- Saúde de Mulheres e Homens Adultos: ambos os municípios classificados como satisfatórios (B);
- Saúde de Idosos: os dois municípios tem a mesma classificação regular (C);
- Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis: Ribeirão Preto com a classificação satisfatória (B) e São José do Rio Pardo adequada (A).

Quando considerados os padrões cumpridos no Componente: Equipes, os dois municípios se enquadram no estágio B, considerado satisfatório.

Representando a Estratégia Saúde da Família uma nova forma de se fazer saúde no Brasil, faz-se necessário que seus objetivos venham ao encontro com as práticas de ensino da saúde, visando a formação de profissionais com visão

sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida, sendo assim, a não conformidade com os princípios básicos da ESF pode vir a comprometer a formação e atuação dos futuros profissionais.

Em relação à proposta do AMQ, a não linearidade entre a complexidade de implementação dos processos de trabalho e a autoavaliação das equipes de saúde da família, pode justificar sua substituição pelo PMAQ.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF: Senado, 1988.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- 3 AZEVEDO Ana Lúcia Martins de. Acesso à saúde no SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada. 2007. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz. Recife.
- 4 ARRUDA-BARBOSA Loeste, DANTAS Ticiano Magalhães, OLIVEIRA Cleide Correia. Estratégia Saúde da Família: Avaliação e Motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. Revista Brasileira de Promoção à Saúde, Fortaleza, 24(4): 347-354, out./dez., 2011.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família – Educação Permanente. Brasília, 2000.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001 – 2002/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2003.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico. Brasília, 2008.
- 10 FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 4(3): 317-321; 2004.

- 11 FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 553-563.
- 12 TAKEDA Sílvia. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. In DUNCAN Bruce B, et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 13 CAMPOS Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005, vol.5, suppl. 1, p. 63-69.
- 14 CAMPOS Carlos Eduardo Aguilera. A Melhoria Contínua da Qualidade nos marcos do Projeto AMQ-ESF *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2007 Jan/Mar, n. 13, p.47.
- 15 STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde. 2004. 725 p.
- 16 PUSTAI OJ. O sistema de Saúde no Brasil. In. Duncan BB, et al (Org). *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 17 SILVA Luiz Antônio Santini R. da. A Educação Médica e a Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 1986, Rio de Janeiro, 2 (4): 493-504.
- 18 TEIXEIRA SF, MENDONÇA MH. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: Teixeira SF, organizadora. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- 19 BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002 7(3): 401-412.
- 20 SILVA JÁ, DALMASO ASW. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 21 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

- 22 ROCHA Paulo de Medeiros, et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cadernos de Saúde Pública. 2008, vol.24, supl.1, p. 569-578.
- 23 PEDROSA José Ivo dos Santos, TELES João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Revista Saúde Pública. 2001, vol. 35, n.3, p. 303-311.
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- 26 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático da Saúde da Família. Brasília, DF, 2001.
- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000.
- 28 TAKEDA Sílvia M. Pasa, DIERCKS Margarita Silva. A avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças. Revista Brasileira Saúde da Família. 2007 Jan/Mar, n. 13, p. 12-15.
- 29 FERNANDES VBL, et al. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Revista Saúde Pública. 2009 Dec. vol.43 n.6 São Paulo.
- 30 NUNES AA, et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012, 36 (1 Supl. 1): 27 – 32.
- 31 CASTANHEIRA ERL. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade. 2009, v.18, supl.2.

- 32 CONILL EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol. 24 suppl. 1.
- 33 PEREIRA MJB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
- 34 ELIAS PE. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 July/Sept. vol.11 no. 3.
- 35 FERREIRA JBB. Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- 36 SÃO PAULO. Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e polos de educação permanente no Estado de São Paulo. – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2008.
- 37 CANESQUI AM, SPINELLI MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008, 24:862-70.
- 38 OLIVEIRA WMA, BEZERRA ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por enfermeiros. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011 jan/mar; 19(1):20-5.
- 39 COSTA Roberta Kaliny de Souza, MIRANDA Francisco Arnoldo Nunes de. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2009, 62(2): 300-4.
- 40 COSTA Roberta Kaliny de Souza, MIRANDA Francisco Arnoldo Nunes de. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*. 2009, v. 6 n. 3, p. 503-517.
- 41 BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 12001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001.

- 42 CAMPOS Maria Angélica de Figueiredo, FORSTER Aldaísa Cassanho. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista brasileira de Educação Médica*. 2008, 32 (1); 83-89.
- 43 MORETTI-PIRES RO, BUENO SMV. Relação docente-discente em Enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2009, 22(5):645-5.
- 44 SILVA Thiago Nogueira, et al. A Equipe na Estratégia de Saúde da Família: uma Experiência do PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012, 36 (1, Supl. 2) : 50-55.
- 45 DOMINGOS Maria Márcia Leite Nogueira. Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
- 46 ROCHA JSY, CACCIA-BAVA MCGG. A atenção básica na construção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009, 14(Supl. 1):1336-1345.
- 47 CAMPOS FE, BELISÁRIO SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*. 2001, 5:133-142.
- 48 CALDEIRA Érika Soares, LEITE Maisa Tavares de Souza, RODRIGUES-NETO João Felício. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011, 35 (4): 477-485.
- 49 SARTI Thiago Dias. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*. 2011, 21 [3]: 865-878.
- 50 CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT RA. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 29-48, 1997.
- 51 BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos Municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municípios de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- 52 DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q.*, v. 83, p. 691–729, 2005.
- 53 TANAKA Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Revista Saúde Soc.* 2011, v.20, n.4, p.927-934.
- 54 VIEIRA DA SILVA LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM (orgs.). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 15-39, 2005.
- 55 NOVAES HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista Saúde Pública.* 2000, v. 34, n. 5, p. 547-559.
- 56 PEREIRA Maurício Gomes. A qualidade dos serviços de saúde. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2008.
- 57 DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. In *Arch Pathol Lab Med.* 1990, 114: 1115-1118.
- 58 HARTZ ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2002, 7(3): 419-421.
- 59 MEDINA MG, AQUINO R. Avaliando o Programa de Saúde da família. In: Sousa MF (org). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo, Hucitec, p.135-15, 2002.
- 60 CONTANDRIOPOULOS AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006, 11 (3):705-711.
- 61 PISCO LA. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006, 11(3):564-576.
- 62 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- 63 PINTO Hêider Aurélio, SOUZA Allan, FLORENCIO Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2012 ago, v.6, n.2, Sup.
- 64 ALMEIDA FILHO Naomar, ROUQUAYROL Maria Zélia. Introdução à Epidemiologia. 4^o ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2006.
- 65 LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33: 159-174.
- 66 BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, 1998.
- 67 RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Plano de Saúde de Ribeirão Preto 2010-2013. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2009, 108 p.
- 68 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1201 de 17 de agosto de 2001.
- 69 RIBEIRÃO PRETO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Regimento do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade (CAP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2009. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/cap/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6. Acesso em 13 de setembro de 2012.
- 70 PERES Cristiane Martins. Aprendizado Eletrônico na Formação Multiprofissional em Saúde: Avaliação Inicial. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012, 6 (1 Supl. 1) : 134 – 141.
- 71 FELISBERTO E. “Proposta de Qualificação do Programa Saúde da Família no Brasil”, 2004. Apresentação disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_qualpsf.pdf. Acesso em 03 de outubro de 2012.
- 72 ONSELEN Lúcia Emy Saiki Van, D’ELIA Gilberto. Avaliação de um Programa Pedagógico para Internos de Pediatria em Atuação Comunitária. Revista Brasileira de Educação Médica. 2006, 30 (3): 192 – 199.

- 73 COSTA José Roberto Bittencourt, et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012, 36 (3): 387 – 400.
- 74 CASTANHEIRA E RL. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Revista Saúde Soc*. 2011, v.20, n.4, p.935-947, 2011.
- 75 SILVA José Mendes da, CALDEIRA Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010 jun, 26(6):1187-1193.
- 76 SILVA José Mendes da, CALDEIRA Antônio Prates. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Revista: Trab. Educ. Saúde*. 2011 mar/jun, v. 9 n. 1, p. 95-108.
- 77 SARTI Thiago Dias, et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012 mar, 28 (3):537-548.
- 78 CARVALHO César Junior Aparecido de, ASSUNCAO Rosana Claudia de, BOCCHI Silvia Cristina Mangini. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. *Physis*. 2010 dez, v. 20, n. 4.

APÊNDICES

APÊNDICE A

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

O presente documento é referente a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado: “**Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o Projeto AMQ-MS**”. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar os padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o Projeto AMQ-MS, e será realizada durante o ano presente, através da aplicação de questionário com opção de resposta na forma de sim ou não, aos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município. Será realizada pelos (as) pesquisadores, **Juliana Marcela Flausino e Altacílio Aparecido Nunes (orientador)**, do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Visa obter informações sobre os estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da Estratégia Saúde da Família. No estudo a identidade de todos participantes será mantida em sigilo. Os riscos da pesquisa são inexistentes e o benefício pela participação da pesquisa é a possibilidade de elaboração de planos de intervenção para melhoria da qualidade. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação no estudo e caso o Sr. (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em dissertação e deverão ser publicados e apresentados em eventos científicos.

Ao término da pesquisa será realizada uma devolutiva dos resultados para os sujeitos envolvidos na mesma.

Assim se o (a) Sr. (a) autorizar a participação na pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Eu, Heloisa Helena Ernesto, RG 12 109 762,

fui devidamente esclarecido do projeto de Pesquisa acima citado e autorizo a realização do mesmo.

Syrís Pardo, 18 de 02 de 20 11.

Heloisa Helena Ernesto
Secretária Municipal de
Saúde (e Med. Preventiva)

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Autorização

O Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, autoriza a realização da Pesquisa intitulada: "Avaliação dos padrões de qualidade da estratégia de saúde da família segundo o projeto AMQ-MS: comparação entre serviços vinculados e não vinculados ao ensino", desenvolvida pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade Juliana Marcela Flausino, utilizando como campo de estudo os Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV e V.

Ribeirão Preto, 11 de fevereiro de 2011

Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes
Coordenador Adjunto do Centro de Atenção Primária
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo refere-se a um convite a participação do (a) Sr. (a) _____, a participar como sujeito de pesquisa intitulado: “**Avaliação dos padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o Projeto AMQ-MS**”. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar os padrões de qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo o Projeto AMQ-MS, através da aplicação de questionário com opção de resposta na forma de sim ou não. A pesquisa será realizada pelos (as) pesquisadores, **Juliana Marcela Flausino e Altacílio Aparecido Nunes (orientador)**, do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Esta pesquisa visa obter informações sobre os estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. Os riscos da pesquisa são inexistentes e o benefício pela participação da pesquisa é a possibilidade de elaboração de planos de intervenção para melhoria da qualidade. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação no estudo e caso o Sr. (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em dissertação e deverão ser publicados e apresentados em eventos científicos.

Ao término da pesquisa será realizada uma devolutiva dos resultados para os sujeitos envolvidos na mesma.

Assim se o (a) Sr. (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Eu, _____, RG _____, fui devidamente esclarecido do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

_____, _____ de _____ de 20____.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento nº 4

Consolidação do Modelo de Atenção

Organização do Trabalho em Saúde da Família

Q Elementar

4.01	E	O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.	(S) (N)
O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a atualização da ficha A do SIAB. Considerar, para resposta afirmativa, a atualização no sistema de informação.			

4.02	E	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.	(S) (N)
Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.			

4.03	E	A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.	(S) (N)
O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.			

4.04	E	A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.			

Q Desenvolvimento

4.05	D	A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.	(S) (N)
O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.			

4.06	D	A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS.	(S) (N)
O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.			

4.07	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.			

4.08	D	A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe.			

4.09	D	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF.	(S) (N)
O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.			

Q Consolidada

4.10	C	A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.	(S) (N)
Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.			

4.11	C	O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.	(S) (N)
Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.			

4.12	C	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	(S) (N)
Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			

4.13	C	A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.	(S) (N)
A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			

4.14	C	A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.			

4.15	C	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.	(S) (N)
O padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.			

4.16	C	A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.	(S) (N)
O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.			

Q Boa

4.17	B	A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	(S) (N)
A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.			

4.18	B	Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.	(S) (N)
Padrão mais elevado em relação ao 4.6. Além das áreas de responsabilidade dos ACS, os mapas de trabalho da ESF discriminam os principais recursos comunitários, as regiões de maior vulnerabilidade/risco, acompanhamento de situações epidemiológicas, entre outros processos. Indica aperfeiçoamento em direção ao trabalho com mapas mais dinâmicos e informativos, os mapas vivos.			

4.19	B	A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	(S) (N)
O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.			

Q Avançada

4.20	A	A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território.	(S) (N)
O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.			

4.21	A	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	(S) (N)
Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.			

Acolhimento, Humanização e Responsabilização

Q Elementar

4.22	E	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social.	(S) (N)
A equipe conhece e presta assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. Considerar a resposta afirmativa quando ações concretas em relação a estas famílias puderem ser apresentadas, tais como: maior número de VD, priorização no agendamento das consultas, mobilização da rede social, dentre outras.			

4.23	E	As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe estar sensibilizada e fornecer à população informações que possibilitem melhor e maior utilização dos serviços disponíveis. O padrão considera que as informações são transmitidas aos usuários tanto na forma verbal quanto escrita, por meio de cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

Q Desenvolvimento

4.24	D	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço.	(S) (N)
Os membros da equipe estão sensibilizados e prestam atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

4.25	D	Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência de documento norteador ou protocolo contendo orientações para realização do acolhimento resolutivo (discriminando situações de agendamento e pronto-atendimento), disponíveis para os profissionais da equipe. Estes podem ter sido criados pela própria equipe, bem como, pela coordenação, SMS ou outra instância.			

4.26	D	Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários.	(S) (N)
O padrão refere-se à disponibilização e facilitação do acesso a urna, livro, ou outros mecanismos menos formais de registro (anotação pelos profissionais de falas livres durante o contato com a população), das sugestões e reclamações, estando garantido o sigilo do usuário.			

Q Consolidada

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

4.28	C	Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF.	(S) (N)
Padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral, com escuta da demanda realizada em espaço apropriado da USF, por profissional da equipe. A partir desta escuta qualificada são determinadas as ações e os serviços mais apropriados, de acordo com a necessidade dos usuários e os critérios clínicos estabelecidos.			

4.29	C	A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações.	(S) (N)
Padrão mais elevado em relação ao 4.26 referindo-se à análise semanal das sugestões e reclamações formalizadas por escrito em urna, livro ou aquelas recebidas informalmente, com encaminhamento de respostas e ações para atendimento das reivindicações.			

Q Boa

4.30	B	A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.			

4.31	B	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.	(S) (N)
A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.			

Q Avançada

4.32	A	A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.	(S) (N)
A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações e processos subjetivos, tais como estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

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

Promoção da Saúde

Q Elementar

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

Q Desenvolvimento

4.35	D	Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais.	(S) (N)
São desenvolvidas ações educativas tais como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. Podem ser realizadas em parceria com ONGs ou outras instituições. Para resposta afirmativa considerar a frequência mínima trimestral.			

4.36	D	São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe reunir-se com a comunidade, de maneira sistemática, com o objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento.			

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

4.38	D	A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os hipertensos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.			

4.39	D	A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os diabéticos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.			

Q Consolidada

4.40	C	São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças.	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global das crianças, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.			
4.41	C	São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens.	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global dos adolescentes e jovens, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.			
4.42	C	A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF desenvolver grupos educativos com a população de adultos da área abordando temas relativos à sexualidade e prevenção de DST/AIDS, no mínimo, trimestralmente.			
4.43	C	A ESF desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se aos membros da ESF desenvolverem mensalmente ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visitas a espaços culturais, passeios, festas, etc.			
4.44	C	A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer, valorizar e desenvolver atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.			
4.45	C	A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.	(S) (N)
A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.			
4.46	C	A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de alguma atividade do tipo alongamento, capoeira, caminhada, dança e práticas orientais (<i>lian-kun</i> , <i>tai-chi-chuan</i> , <i>chi-kun</i> , dentre outras) por profissionais habilitados. Considerar como afirmativa, também, se as ações são desenvolvidas em parcerias com organizações sociais.			
4.47	C	A ESF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento e registro de ações concretas e sistemáticas no campo das práticas populares de saúde. Podem ser consideradas ações desenvolvidas em conjunto com a Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.			

Q Boa

4.48	B	A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.	(S) (N)
A ESF planeja e executa projetos e ações em parceria com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/problemas da comunidade e seu enfrentamento.			

4.49	B	A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e habilitada para abordar conteúdos de sexualidade na terceira idade e prevenção de DST/AIDS, desenvolvendo-os por meio de grupos operativos com os idosos.			

4.50	B	A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora.	(S) (N)
Utiliza-se a abordagem por problemas, segundo o referencial da Rede de Educação Popular em Saúde. Ver site: www.redepopsaude.com.br			

4.51	B	A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.	(S) (N)
O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais.			

Q Avançada

4.52	A	A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.	(S) (N)
A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto aos cuidados no trânsito, incluindo orientações quanto aos atropelamentos. As ações educativas podem ser realizadas em escolas, praças, etc. A resposta deverá ser afirmativa quando as ações acontecerem pelo menos semestralmente.			

4.53	A	Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras. Para resposta afirmativa, considerar experiências funcionando de maneira contínua nos últimos 24 meses.			

4.54	A	É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.			

Participação Comunitária e Controle Social

Q Desenvolvimento

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

Q Consolidada

4.56	C	A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.	(S) (N)
O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.			

Q Boa

4.57	B	A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde.	(S) (N)
O padrão considera a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde). Considerar como resposta afirmativa se a frequência for maior ou igual a 75% das reuniões, sendo considerado válida a participação rodiziada entre os integrantes da equipe ou de membros formalmente eleitos, com direito a assento/voto.			

Q Avançada

4.58	A	Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.			

Vigilância à Saúde

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Q Elementar

4.59	E	A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população.	(S) (N)
Refere-se às atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de crianças e gestantes, registrando os dados no SISVAN, conforme previsto pela Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas > _sisvan.pdf).			

4.60	E	Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização, com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção da hipertensão arterial, incluindo a medida da pressão arterial (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes)			

4.61	E	Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de Aedes aegypti.	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos focos domiciliares de criação do Aedes aegypti orientando (e atuando algumas vezes em mutirões) quanto à manutenção de caixas d'água, pneus, garrafas, vasos de plantas, etc. Considerar para resposta afirmativa a realização de, no mínimo, uma atividade mensal no período setembro - março.			

4.62	E	A ESF realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo.	(S) (N)
A ESF conhece e realiza os procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a alimentação fidedigna do Sistema Nacional Agravos de Notificação - SINAN.			

Q Desenvolvimento

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

4.64	D	A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe desenvolver junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões, tais como: manipulação e conservação de alimentos, uso racional de produtos de limpeza, medicamentos, tratamento adequado da água para consumo humano, destino do lixo, saneamento, prevenção de acidentes, presença de riscos físicos - torres de alta tensão, estação e subestação elétricas e riscos químicos - áreas cultivadas com agrotóxicos, indústrias, poluentes etc.			

Q Consolidada

4.65	C	A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).			

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

Q Boa

4.67	B	A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por automedicação, entre outras. Neste sentido, as visitas domiciliares e encontros com a comunidade podem oportunizar ações de identificação dessas situações. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

4.68	B	A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	(S) (N)
A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações tais como notificação e acionamento de recursos previstos em outros órgãos públicos são obrigatórias. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

Q Avançada

4.69	A	A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população. No Brasil destaca-se o desenvolvimento de diretrizes e ações voltadas à saúde da população negra. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

4.70	A	A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.	(S) (N)
A ESF está sensibilizada para a ocorrência de riscos, doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional (http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador). Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

ANEXO B

Instrumento nº 5

Atenção à Saúde

Saúde de Crianças

Q Elementar

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

5.6	E	90% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão com esquema de vacinação em dia.	(S) (N)
O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de imunização, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF.			

Q Desenvolvimento

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

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

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

Q Consolidada

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

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

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

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

Q Boa

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

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

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

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

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

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

Q Avançada

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

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

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

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

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

Saúde dos Adolescentes

Q Desenvolvimento

5.25	D	A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.			

Q Consolidada

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

Q Boa

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

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

Q Avançada

5.29	A	Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe. Considerar os últimos 24 meses. Considerar para resposta afirmativa a redução do número absoluto de casos no período.			

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

Saúde de Mulheres e Homens Adultos

Q Elementar

5.31	E	A ESF possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adultos (20 a 59 anos) da área adscrita à ESF, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.			

5.32	E	Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco.	(S) (N)
O pré-natal de baixo risco, com oferta de consultas, exames laboratoriais de rotina e imunização antitetânica, realizado de maneira alternada e complementar (consultas médica e de enfermagem), é considerado uma das ações mais elementares da Atenção Básica, impactando de maneira muito positiva sobre os indicadores materno-infantis. Preconiza-se a realização de no mínimo 4 consultas para pré-natal de baixo risco. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (após 4º mês).			

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

5.34	E	A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.			

5.35	E	A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.			

Q Desenvolvimento

5.36	D	A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.			

5.37	D	A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos diabéticos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.			

5.38	D	Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.			

5.39	D	80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os diabéticos em acompanhamento.			

5.40	D	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se à ESF monitorar e desenvolver ações de captação precoce de gestantes (até o primeiro trimestre da gravidez, ou seja, 90 dias) para início da atenção ao pré-natal. O levantamento pode ser realizado pela ficha B- GES do SIAB. Calcular o percentual, considerando para avaliação os últimos 12 meses e verificar se atende aos parâmetros estabelecidos para o padrão.			
5.41	D	80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se ao monitoramento do percentual de gestantes que realizaram no mínimo sete consultas ou mais de pré-natal de baixo risco durante a gestação, considerando-se os últimos 12 meses. Verificar se este percentual atende aos parâmetros estabelecidos pelo padrão de qualidade.			
5.42	D	A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de ações educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.			
5.43	D	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama.	(S) (N)
O padrão refere-se à programação e realização de ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, no mínimo a cada dois meses, envolvendo desde as ações de orientação e auto-exame até a sensibilização e realização da citologia de colo uterino buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%.			
5.44	D	A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, realizando busca ativa das usuárias com exame positivo, encaminhando ou realizando a intervenção indicada.			
5.45	D	Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a).	(S) (N)
O padrão refere-se à abordagem do (a) parceiro (a) estar padronizada e ser realizada em todas as situações de abordagem terapêutica das DST pelos profissionais de nível superior da ESF.			
5.46	D	80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.	(S) (N)
O padrão-indicador refere-se à continuidade das ações de cuidado no período puerperal, considerando para avaliação, os últimos 12 meses. A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, uma consulta (médica e/ou de enfermagem) for realizada até 42 dias após o parto.			
5.47	D	É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais de nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.			

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

Q Consolidada

5.49	C	A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco.	(S) (N)
O planejamento da atenção aos hipertensos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de hipertensão, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).			

5.50	C	A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco.	(S) (N)
O planejamento da atenção aos diabéticos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de diabetes, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, dentre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).			

5.51	C	A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.	(S) (N)
O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.			

5.52	C	A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.	(S) (N)
O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.			

5.53	C	O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas.			

5.54	C	A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.			

5.55	C	A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.			

5.56	C	80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.	(S) (N)
Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.			
5.57	C	O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se ao exame clínico de mama ser realizado, no mínimo uma vez ao ano, sistematicamente em todas as consultas de mulheres na faixa de 40 a 69 anos como uma rotina do serviço. Desconsiderar os casos de recusas por parte das usuárias, relacionadas a fatores culturais.			
5.58	C	A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.			
5.59	C	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.			
5.60	C	A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas a pessoas com necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, dentre outras.			

Q Boa

5.61	B	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.			
5.62	B	Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 20 e 59 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, quanto às condições gerais de saúde e prevenção de agravos. Para resposta afirmativa, considerar 50% da população de homens nesta faixa etária.			
5.63	B	A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.			

5.64	B	Houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por acidente vascular cerebral nos últimos 24 meses, para a população adscrita de 40 anos ou mais, acompanhada. É um dos temas abordados pelo Pacto pela Saúde.			

5.65	B	Houve redução do nº absoluto de internações por Infarto Agudo do Miocárdio.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada.			

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

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

Q Avançada

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

Saúde de Idosos

Q Desenvolvimento

5.69	D	A ESF possui registro atualizado dos idosos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.			

Q Consolidada

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

Q Boa

5.71	B	O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.			
5.72	B	Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.			
5.73	B	O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem.			

Q Avançada

5.74	A	A ESF desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF realizar intervenções junto às famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados.			
5.75	A	São desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências.	(S) (N)
O padrão refere-se aos membros da ESF estarem sensibilizados para reconhecer as manifestações das principais demências incidentes sobre a população de idosos (Parkinson, Alzheimer, doenças micro-vasculares, etc).			

Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

Q Desenvolvimento

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

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

Q Consolidada

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

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

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

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

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

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

Q Boa

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

5.86	B	90% dos pacientes com hanseníase diagnosticados e tratados apresentam cura.	(S) (N)
O padrão configura-se como padrão de resultado e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes com hanseníase diagnosticados, que realizaram o tratamento completo, que apresentam cura. Considerar o período de 24 meses.			
5.87	B	Ausência de tétano neonatal na área.	(S) (N)
Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e acompanhamento da população, especialmente o pré-natal.			
5.88	B	Ausência de sífilis congênita na área.	(S) (N)
Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses. O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e tratamento, especialmente o pré-natal.			

Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Q Desenvolvimento

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

Q Consolidada

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

Sugestões de Temas para Padrões Loco-regionais

Exemplos:

Violência/ Causas externas

Saúde indígena

Quilombolas

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