UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações
na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano

Maria Marcia Leite Nogueira Domingos

Ribeirão Preto
2010

MARIA MARCIA LEITE NOGUEIRA DOMINGOS

Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações
na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências junto ao Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública. Inserida na linha de pesquisa: Práticas,
Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Domingos, Maria Marcia Leite Nogueira

Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano.

134 p; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

1. Palavras-Chaves: Avaliação em saúde; Programa saúde da família; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde; Enfermagem em saúde pública; Garantia de qualidade dos cuidados de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Domingos, Maria Marcia Leite Nogueira. Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ressuscita-me
Ainda que mais não seja
Por que sou poeta
E ansiava o futuro
Ressuscita-me
Lutando contra as misérias
Do cotidiano
[...] Quero acabar de viver
O que me cabe, minha vida
Para que não mais existam
Amores servís [...]
Para que ninguém mais tenha
Que sacrificar-se
Por uma casa, um buraco [...]
Para que a partir de hoje
A partir de hoje
A família se transforme
E o pai
Seja pelo menos o universo
E a mãe
Seja no mínimo a terra

O Amor
(Caetano Veloso e Ney Costa Santos
sobre poema de Vladimír Maïakovski)

Dedicatória

Aos meus pais João e Norma e seus frutos - meus irmãos Cristina, Zé Maurício e Lucía e seus frutos. Ao meu companheiro Nelio e nossos frutos - meus filhos Julia e João Lucas. Grandes pessoas que constituem e constroem minha família, razão da minha vida e de toda e qualquer luta.

À Professora Cecília Puntel, grande mestra. Tenho certeza de que ela se orgulharia de mim... Pena que não pode me esperar...

Agradecimentos

*"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".*

(Fernando Pessoa)

João (pai) Norma (mãe) Nelio
Zé Torres Cristina Lucia (irmã) Carmo Ana Luiza Julinho Cody
Rodrigo (da Nena) Reinaldo Marcos Janete Maraiza Rafael (da Tina) Guco
Luiza Isadora Miria Cinira Helio
Ana Pedro (do Zé) Rafaela Josiane Rafael (da Lu) Zeze
Livia Elzi Ione Gisele Ana Lucia Leo Lúcia (ajudante) João (filho)
Claudia Juliana Negrão Antonio Cizinha Luisa (da Claudia) Paulinho
Nena Quitéria Ana Paula Silvinha Danilo (da Aninha) Aninha
Ruth Helô Laura Silvana
Julia Gilmar José Maurício Tite Joyce Fernando Iara
Rodrigo Pedro (da Aninha) André (da Mariana) Amaury
Castelo João (da Mariana) Mariana Bia Viviane Tete Nélia
Augusto Danilo (da Anne) Vani Carol Gabriel (da Carmo) Julia (da Claudia)
Sônia Camila Pedro (da EERP) Luciana Célio
Claudio (o Shima) André (do NSF) Renata Claudia (ACS) Luciane
Adrianne Sônia Mara Maria Sylvia Ducélia Tânia Vera Elizandra
Ana Carolina Margarida Sandra Nunila Bruno Sandra (do Zé)
Pedro (da Sandra) Vanessa Adriana Cristiane

... sem vocês eu não teria chegado aqui...

Especialmente

Nélio, minha metade, que trilha comigo os meus caminhos me ajudando a pular as pedras, me levantando dos meus tombos, dando o fôlego pra caminhada... Meu amor, meu ar, minha vida... Por existir.

Aos trabalhadores que aceitaram participar destes encontros, não só por terem participado, mas por terem sido, em muitos momentos, modelo e professores dessa missão tão complexa que é o Saúde da Família.

Carol, Vanessa, Nunila, Cristiane e Adriana (as meninas do laboratório), pelas risadas, pelas conversas, por todas as mãos que vocês me deram. Há coisas que são impossíveis de se fazer sozinho. Obrigada porque eu tive vocês...

Zeze e Carmo, pela força, pelas dicas, pela contribuição nesse trabalho e na minha vida profissional, além da amizade, é claro!

Célio, por continuar meu amigo agora que eu terminei isso!!!!

Silvana: que me ajuda, me orienta, me mostra caminhos, me ensina a ser enfermeira, me ensina a aprender, me ensina a ensinar, me ajuda a andar pra frente... Responsável, além de tudo pelo meu (re)nascimento como enfermeira e pelo meu crescimento e amadurecimento como profissional. Desde sempre e para sempre figura insubstituível na minha vida, no meu trabalho, na minha paixão pela profissão, no que sou hoje...

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ pelo suporte financeiro, processo CNPq PQ 10/2009, nº 312389/2009-4.

RESUMO

Domingos, Maria Marcia Leite Nogueira. Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano. Ribeirão Preto, 2010. 134p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A mola propulsora desta investigação foi a baixa cobertura da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, assim como no estado de São Paulo, aliada à escassa produção sobre a análise do impacto da Estratégia em municípios de grande porte. A avaliação de serviços de saúde, e em específico, a auto-avaliação de uma equipe de Saúde da Família sobre o trabalho que realizam, oferecendo subsídios para incrementar a qualidade da assistência prestada à população adscrita, se constituem no foco desta investigação. Na busca de instrumentos para essa proposta de avaliação, conhecemos a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), proposta do Ministério da Saúde, de auto-avaliação em diferentes níveis decisórios da Saúde da Família (gestores, coordenadores e equipes), com instrumentos de fácil compreensão e de respostas positivas ou negativas que levam ao processo de reflexão e auto-avaliação. A AMQ foi criada por *experts* em atenção primária e em avaliação de qualidade de serviços de saúde e validada posteriormente. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de auto-avaliação desencadeado por uma equipe de Saúde da Família vinculada à Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – SP, mediante a utilização da metodologia da AMQ. Tomando como opção a abordagem qualitativa para a realização da investigação pela natureza do objeto, foi selecionada uma das equipes de Saúde da Família dos Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade de São Paulo, tendo por critérios de inclusão: a anuência da equipe, sua disponibilidade de participação, a equipe encontrar-se completa e atendesse ao critério de antiguidade. A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2009 a março de 2010, por meio de grupo focal, tendo como eixo temático a utilização da AMQ. Por meio da análise temática foram identificados os temas: construção e fortalecimento da Atenção Básica; a equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?; reflexões sobre o trabalho na unidade de Saúde da Família e a AMQ – possibilidades e críticas ao instrumento. A reflexão trouxe à tona os princípios da Atenção Básica possibilitando que a equipe repensasse as atividades que não são realizadas e aquelas que são, e que podem ser implementadas e qualificadas. Portanto, os princípios da Atenção Básica presentes no dia-a-dia do trabalho foram sendo identificados, apontados, compreendidos e valorizados pelos próprios trabalhadores permitindo repensar uma melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente a qualificação do atendimento à população sob responsabilidade desta equipe. A análise também apontou as dificuldades e potencialidades que a equipe tem de ver a necessidade de articulação dos diversos fazeres e saberes e da troca de conhecimentos, proporcionando a oportunidade de olhar para o próprio trabalho e empreender um movimento de análise das atividades realizadas e como elas são realizadas, trazendo à tona vários aspectos do cotidiano do trabalho que, muitas vezes, não tinham sequer sido notados pela equipe. Olhar para o trabalho, para a rotina diária, para as divergências e convergências em relação ao trabalho desenvolvido, para os problemas enfrentados, para os sucessos alcançados, para o resgate do que deu certo em determinado momento do passado, para as intervenções propostas pela equipe, enfim, esta teve a possibilidade de retomar estes movimentos, e de alguma forma indicar elementos para o planejamento do trabalho na unidade visando à qualificação da atenção que prestam.

Descritores: Avaliação em saúde; Programa saúde da família; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde; Enfermagem em saúde pública; Garantia de qualidade dos cuidados de saúde

ABSTRACT

Domingos, Maria Marcia Leite Nogueira. Evaluation for Quality Improvement (AMQ): monitoring actions in the Family Health Strategy and creating possibilities in daily care. Ribeirão Preto, 2010. 134p. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

What motivated this study was the low coverage of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Ribeirão Preto and in the state of São Paulo, Brazil coupled with the scarcity of studies addressing the impact of the FHS in large cities. This study evaluates health care services. Specifically it proposes a self-evaluation of a FHS team concerning their work, aiming to support improvements in the quality of care delivered to the ascribed population. Searching for instruments to be used in this evaluation, we found the Evaluation for Quality Improvement (AMQ) proposed by the Ministry of Health, a self-evaluating instrument for different levels of decision-making in the FHS (managers, coordinators and teams), easy to understand with positive or negative answers that lead to a process of reflection and self-evaluation. The AMQ was developed by experts in primary health care and in evaluating quality of health services and was later validated. Thus this study analyzes a self-evaluation process triggered by the FHS team linked to the University of São Paulo at Ribeirão Preto, SP through the AMQ methodology. Given the nature of the object of study, a qualitative approach was chosen. One of the FHS teams linked to the University of São Paulo was selected according to the following inclusion criteria: team's consent, its availability to participate, team was complete and met the seniority criterion. Data collection was carried out from December 2009 to March 2010 through focus group, whose thematic axis was the use of AMQ. The following themes were identified in the thematic analysis: constructing and strengthening Primary Care; the Family Health team – construction of possibilities?; reflections concerning the work in the FHS unit and the AMQ – possibilities and critiques to the instrument. The reflection revealed principles of Primary Care, which enabled the team to rethink activities that are not performed and those that are performed and which can be implemented and qualified. Hence, the Primary Care principles, present in daily practice, were identified, listed, understood, and valued by the workers themselves, which enable them to rethink the possibility of improving working conditions and consequently qualifying care delivered to the population under the responsibility of this team. The analysis also revealed difficulties and strengths and that the team needs to articulate several tasks and different types of knowledge and also exchange knowledge, enabling an opportunity to look at their own work and promote a movement to analyze activities performed and how they are performed, revealing several aspects of the work routine, which oftentimes are not even noticed by the team. Looking at the work, the daily routine, to divergences and convergences in relation to the work performed, to problems faced, achieved successes, to recover what have worked in a given point in the past, to interventions proposed by the team, and finally, it enabled the possibility to review these movements and somehow indicate elements for planning the work in the unit with a view to qualify care delivery.

Descriptors: Health Evaluation; Family Health Program; Primary Health Care; Health Services; Public Health Nursing; Guarantee of Health Care Quality

RESUMEN

Domingos, Maria Marcia Nogueira Leite. Evaluación para la mejora de la calidad (AMQ): seguimiento de las acciones en la Salud de la Familia y la creación de oportunidades en lo cotidiano. Ribeirão Preto, 2010. 134 p. Tesis (Maestría em Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

La fuerza impulsora de esta investigación fue la baja cobertura de Salud de la Familia de Ribeirão Preto, así como en el estado de São Paulo, junto con la escasa producción sobre la análisis del impacto de la estrategia en los grandes municipios. La evaluación de los servicios de salud y, en particular, la auto-evaluación de un Equipo de Salud de la Familia sobre su trabajo, ofreciendo subsidios para aumentar la calidad de la atención prestada a la población, constituyen el foco de esta investigación. En la búsqueda de instrumentos para la evaluación propuesta, conocemos la Evaluación para la Mejora de la Calidad (AMQ), propuesta por el Ministerio de la Salud, la auto-evaluación en diferentes niveles de decisión de la Salud de la Familia (gerentes, coordinadores y equipos), con los instrumentos fácil de entender y de respuestas negativas o positivas que llevan a la reflexión y la autoevaluación. El AMQ fue creado por expertos en la atención primaria y la evaluación de la calidad de los servicios de salud y validado posteriormente. El objetivo de esta investigación fue analizar el proceso de auto-evaluación desencadenada por una Equipo de Salud de la Familia de la Universidad de São Paulo de Ribeirão Preto - SP, utilizando la metodología de la AMQ. Tomando un enfoque cualitativo como opción para la realización de la investigación por la naturaleza del objeto se seleccionó uno de los equipos de Salud de la Familia vinculado a la Universidad de São Paulo, con los criterios de inclusión: la aprobación del equipo, su disponibilidad para participar, el equipo se encuentran plenamente y cumplir con el criterio de la antigüedad. La recolección de datos se realizó desde diciembre 2009 hasta marzo 2010 a través de grupos focales, con su tema central el uso de AMQ. Mediante el análisis temática fueron identificados los siguientes temas: creación y el fortalecimiento de la Atención Primaria, el equipo de Salud de la Familia - las posibilidades de construcción?; Reflexiones sobre el trabajo en la Salud de la Familia y AMQ - las posibilidades y las críticas del instrumento. El debate planteado traer los principios de la Atención Primaria permitiendo al equipo de repensar las actividades que no se llevan a cabo y las que son realizadas, y que se pueden implementar y calificar. Por lo tanto, se identificaron en el trabajo los principios de la atención primaria sendo que se destacó, fueran comprendidos y valorados por los propios trabajadores permitiendo replantear una mejora de las condiciones de trabajo y por lo tanto la calificación del servicio a la población bajo la responsabilidad de este equipo. El análisis mostró también que las dificultades y potencialidades que el equipo tiene de ver la necesidad de articular las distintas actividades y el conocimiento e intercambio de conocimientos, proporcionando la oportunidad de mirar la obra misma y llevar a cabo un análisis del movimiento de las actividades y la forma en que se llevan a cabo, revelando muchos aspectos del trabajo diario que a menudo ni siquiera se había dado cuenta por el equipo. En busca de trabajo, de la rutina diaria de las diferencias y similitudes en relación al trabajo, a los problemas que enfrentan a los logros alcanzados, para la redención de lo que ha funcionado en algún momento en el pasado, a las intervenciones propuestas por el equipo. Por último, se pudo reanudar estos movimientos, y de alguna manera indican los elementos para la planificación del trabajo en la unidad con miras a la calificación del cuidado que proporcionan.

Palabras clave: Evaluación de la salud, Programa salud de la familia, Atención primaria de salud, servicios de salud, enfermería en salud pública, control de calidad de la atención de salud

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. BRASIL - 1998 – outubro 2009..... 25
- Figura 2** - Mapa de Ribeirão Preto com os Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, 2010..... 39
- Figura 3** - Mapa da área básica do Centro de Saúde Escola – Sumarezinho com a localização da UBDS e dos 5 Núcleos de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2010..... 42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades de Atenção Básica da Cidade de Ribeirão Preto para Dezembro de 2009. Ribeirão Preto, 2010.....	40
Quadro 2 - Unidades de Saúde do Distrito Oeste e seu elenco de serviços Ribeirão Preto, 2010.....	41
Quadro 3 - Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010.....	26
Gráfico 2 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010.....	26
Gráfico 3 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010.....	27

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMQ – Avaliação para melhoria da qualidade
APS – Atenção Primária em Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE – Centro de Saúde-Escola
EACS – Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas
NSF – Núcleos de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programa de Agentes de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RS – Rio Grande do Sul
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UBDS – Unidade Básica e Distrital de Saúde
USF – Unidades de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. Os dados da ESF no Brasil	24
1.2. Avaliação – buscando uma definição	29
1.3. Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) - a proposta do Ministério da Saúde para a ESF	31
1.4. Justificativa e objetivos	33
2. OBJETIVOS	36
2.1. Objetivos específicos:.....	36
3. PERCURSO METODOLÓGICO	38
3.1. O campo da pesquisa.....	38
3.2. O cenário e os sujeitos da pesquisa, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados.....	41
3.3. O processo de coleta de dados - as técnicas e os instrumentos.....	43
3.4. Procedimentos Éticos.....	46
3.5. Análise dos dados.....	46
4. O PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA...49	
4.1. Construção e fortalecimento da Atenção Básica.....	49
4.2. A equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?.....	59
4.3. Reflexões sobre o trabalho na unidade de saúde da família.....	64
4.3.1. A organização do trabalho a especificidade do serviço escola	65
4.3.2. A dificuldade do processo de reflexão.....	72
4.3.3. A auto-avaliação e as possibilidades de melhoria.....	82
4.4. A AMQ – possibilidades e críticas ao instrumento	94
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
6. REFERÊNCIAS.....	106
7. APÊNDICES.....	112
APÊNDICE I.....	112
8. ANEXOS.....	114
ANEXO I.....	114

APRESENTAÇÃO

Depois de 25 anos de formada e quase dez trabalhando na Estratégia Saúde da Família, o desejo de voltar a estudar e a conviver com outras pessoas que pudessem me ajudar a crescer no trabalho e na vida me levaram a pensar na pós-graduação *stricto sensu*.

A qualidade da assistência prestada à população, a baixa cobertura da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, assim como no estado de São Paulo e as freqüentes solicitações de estudos/investigações que se voltassem à análise do impacto da Estratégia me levaram a pensar em trabalhar com a avaliação de serviços de saúde, e em específico a auto-avaliação de uma equipe de Saúde da Família, com algum tempo de experiência de trabalho conjunta, sobre o trabalho que realizam e a possibilidade de melhorar a qualidade dessa assistência prestada à população adscrita.

Assim, buscando instrumentos para esse tipo de avaliação, conheci a proposta do Ministério da Saúde, de auto-avaliação em diferentes níveis decisórios da Saúde da Família (gestores, coordenadores e equipes), sendo que os instrumentos previstos na proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) implicam na adesão voluntária dos municípios e das equipes, e estão disponíveis pela internet. O instrumento foi criado por experts em atenção primária e em avaliação de qualidade de serviços de saúde, sendo validado pela mesma equipe. Trata-se de instrumento de fácil compreensão e de respostas positivas ou negativas, que levam ao processo de reflexão e auto-avaliação das equipes desde o nível local até aqueles de maior densidade de decisão.

Este estudo não tem como intenção avaliar o trabalho realizado pela equipe escolhida, mas provocar e analisar a reflexão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho, acreditando que esse processo poderá trazer crescimento e fortalecimento da equipe para continuar a assistência, o ensino e a pesquisa que vêm sendo realizados há mais de uma década. Assim, entendemos que fortalecendo a equipe, como consequência, teremos o fortalecimento da Atenção Básica e a melhoria da qualidade da assistência prestada à população usuária do SUS, razão do nosso trabalho como membros de equipes de Saúde da Família.

Neste sentido, esse estudo se organiza em cinco capítulos. Na introdução localizada no primeiro capítulo, buscando explicitar o objeto da investigação e a sustentação teórica do estudo, fazemos uma retrospectiva da história da Estratégia Saúde da Família no Brasil e no município de Ribeirão Preto, da implantação dos Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade de São Paulo, bem como os dados mais atualizados da estratégia no Brasil. Ainda, é construído o aporte teórico utilizado – avaliação em saúde, e a justificativa do estudo. No segundo capítulo apresentamos os objetivos: geral e específicos. No terceiro capítulo é apresentado o percurso metodológico, sendo apontada a abordagem adotada para o estudo, a abordagem qualitativa, selecionada em função do objeto que trata da auto-

avaliação e das reflexões empreendidas pelos trabalhadores que compõem a equipe selecionada. Neste capítulo ainda são trazidos elementos metodológicos relativos ao campo da investigação, ao cenário e critérios para sua definição, às técnicas e instrumentos para coleta de dados, assim como a análise empreendida. No quarto capítulo, *O processo de reflexão sobre o trabalho na Saúde da Família*, apresentamos a análise dos dados organizados em quatro temas: *Construção e fortalecimento da Atenção Básica*, *A equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?*, *Reflexões sobre o trabalho na unidade de Saúde da Família* e *A AMQ – possibilidades e críticas ao instrumento*. Finalmente o último capítulo traz as considerações finais apontando que embora haja um processo de resistência da equipe em olhar para o trabalho que desenvolvem, há um movimento bastante importante presente, de repensar e ressignificar seu processo de trabalho, em busca de qualificação para a atenção ofertada.

1. INTRODUÇÃO

Na década de 70, a Atenção Primária em Saúde (APS) apresenta um momento marcante, em que o contexto mundial era marcado por forte crise financeira e, conseqüentemente, de diminuição dos investimentos em áreas sociais, em vários países do mundo, criando assim empobrecimento da população, e desta maneira, aumento da demanda por programas sociais e pela saúde pública (TESTA, 1992, MENDES, 2002). Assim, neste cenário de crise mundial e do setor saúde acontece a Conferência de Alma Ata realizada em 1978, onde foi cunhada a expressão “Saúde para todos no ano 2000” e foram definidos novos paradigmas para a assistência à saúde com a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS).

Fruto de um movimento internacional que visava dar respostas às iniquidades presentes, a Conferência propunha de forma inédita a perspectiva de considerar a saúde de forma mais ampla, levando em conta as formas de viver das diferentes comunidades e apontando a justiça social como um horizonte a ser perseguido. Nesse sentido, são introduzidas algumas novas diretrizes que deveriam estar disponíveis a todas as pessoas ao redor do mundo, como saneamento básico, educação sanitária, tratamento apropriado de danos mais comuns e outros, dando ênfase a uma nova maneira de olhar a Atenção Primária à Saúde, como

[...] atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento (...). Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978, p13).

No entanto, várias interpretações foram dadas à APS, assim como distintas formas de sua operacionalização estiveram presentes nos diversos países e até mesmo dentro de um mesmo país em diferentes regiões geográficas. O documento Renovação da APS nas Américas (OPAS, 2008), divulgado preliminarmente em 2005, traz uma análise sobre a situação da APS nas Américas e apresenta as diferentes maneiras de interpretar a APS:

- APS como atenção seletiva: atenção pobre feita para pobres, focalizado em regiões pobres com tecnologias simples e de baixo custo e pessoal de baixa qualificação profissional, sem a possibilidade de referência para níveis de atenção de maior densidade tecnológica.
- APS como porta de entrada do sistema de saúde com ênfase na resolução dos problemas de saúde mais comuns e de caráter agudo sem, no entanto, satisfazer as demandas da população em relação às suas necessidades de saúde. Minimiza os custos, mas se restringe às ações de primeiro nível, sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde.

- APS como estratégia de reorganização do sistema de saúde, articulando os recursos do sistema de maneira a satisfazer as necessidades da população e articulado e integrado com os outros níveis de atenção.
- APS como filosofia que permeia entre o setor social e saúde enfatizando a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.

Mendes em seus estudos (1996; 2002) reafirma as três primeiras interpretações da APS e indica a presença destas interpretações nas práticas de saúde no Brasil.

Mario Testa (1992) também faz considerações sobre a maneira como a APS vem sendo interpretada nos diferentes países e afirma que existe um grande risco de se fazer uma atenção à saúde primitiva ao invés de atenção primária à saúde. Considera que a APS só se faz efetiva se fizer parte de um sistema de saúde, articulando e coordenando todos os níveis de atendimento e acompanhando o usuário no tempo.

No Brasil as interpretações se misturam e algumas tentativas de extensão de cobertura da APS apareceram na década de 70 como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste) e na década de 80 como o PREV-SAÚDE (MENDES, 2002).

O embrião do PSF – Programa de Saúde da Família, iniciado em 1993 e estabelecido como política pública definida pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) foi também um programa focalizado em regiões pobres, num contexto de seca, desemprego e com altos índices de mortalidade infantil e materna. Este cenário estava presente no Ceará, em 1987 quando foi implantado o Programa de Agentes de Saúde (PAS) que tinha como finalidade a diminuição desses índices indesejados, bem como criar frentes de trabalho nas quais mulheres moradoras da comunidade, desempregadas, chefes de família que fossem alfabetizadas, com pelo menos 18 anos recebiam treinamento em relação ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação, trabalhavam 40 horas semanais em 8 horas diárias em atividades educativas e de vigilância à saúde da comunidade (MINAYO, 1990).

O sucesso dessa experiência provocou a criação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a expansão das ações para a Região Norte, no início da década de 90.

Pari passu, os movimentos sociais aconteciam no país e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) era concretizada na Constituição de 1988, antecedida pelo Movimento Constituinte e pela Reforma Sanitária ocorrida no país desde o final da década de 70.

Neste processo, também surgiram em diversos lugares do país iniciativas de mudança de modelo de atenção à saúde que intencionavam oferecer e proporcionar à população atenção de qualidade baseadas nos princípios do SUS que foi instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas leis orgânicas 8080 e 8142 de 1990, sendo que, várias experiências foram registradas no sentido de operacionalizar estas diretrizes.

Uma destas iniciativas foi a Medicina Geral e Comunitária, desenvolvida pelo Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre – RS, que já mantinha residência médica nesta área e, posteriormente, do Grupo Hospitalar Conceição com a finalidade de prestar uma assistência integral para indivíduos e famílias.

Esta experiência foi inspirada, portanto, no movimento da Medicina Comunitária que aconteceu nos EUA nos anos 60, com a finalidade mais imediata de se contrapor ao modelo assistencial vigente fortemente centrado na ação individual e curativa, e ao mesmo tempo de diminuir custos dos serviços de saúde. No entanto, apesar da proposta considerar a necessidade de construir um processo de trabalho sustentado por uma base territorial para o desenvolvimento das ações, a valorização das ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com a organização da atenção em uma rede hierarquizada, com equipes multidisciplinares, ainda o modelo de atenção continua médico/procedimento centrado (VASCONCELLOS, 1998; MENDES, 2002; FRANCO, MERHY, 2003).

Outra iniciativa, ação Programática em Saúde surgiu nos anos 70, a partir do movimento de programação da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e conformou-se a partir da reforma sanitária. Nasceu no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Trazia uma proposição de organizar o trabalho em saúde por meio de estruturação de programas de saúde com base epidemiológica (MENDES, 2002). Uma das críticas formulada a este modelo, é que o mesmo intensificou a fragmentação do trabalho em saúde, organizando e racionalizando o trabalho mediante estratégias como a pré e pós-consulta, consulta médica e atendimento de enfermagem, na intenção de estender a cobertura médico-assistencial.

Ainda, outras iniciativas foram o Programa Médico de Família e o Modelo em Defesa da Vida. Em Niterói, em 1992, foi implantado o Programa do Médico de Família, inspirado no modelo cubano. Em sua estruturação, contava com um médico generalista e um auxiliar de enfermagem para prestar atenção básica para aproximadamente 250 famílias, com atividades ambulatoriais, na comunidade e também nos hospitais (acompanhamento) (MENDES, 2002). O Modelo de Defesa da Vida, desenvolvido no final dos anos 80 no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, centrava-se na gestão por colegiados, descentralizada e organizando a atenção primária à saúde através do acolhimento, vínculo, assistência à saúde e vigilância à saúde (MENDES, 2002). Apesar de estas propostas terem sido importantes no contexto brasileiro de consolidação do SUS, não se institucionalizaram como políticas públicas de saúde.

Segundo Mendes (2002), no final de 1993, foi criado e implantado o PSF – Programa de Saúde da Família o que significou o último ciclo de expansão da Atenção Básica no Brasil e

pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do

mesmo, mas de fazer mais com algo qualitativamente diferente do modelo tradicional até então vigente na atenção básica à saúde (MENDES, 2002)

O PSF – Programa de Saúde da Família surgiu com a missão de contribuir para a mudança do modelo assistencial no país. Não veio substituir o PACS, nem tampouco as outras iniciativas de mudança do modelo que já citamos, mas no sentido de reorganizar a atenção e colaborar na organização do SUS e na busca da integralidade, da equidade e da participação social. No entanto, o PSF ainda era focalizado em regiões pobres, para populações mais carentes e sem acesso aos serviços de saúde o que de certa forma feria o princípio de universalidade do SUS. Em 1996, o governo federal afirma que o PSF não era

[...] em modelo simplificado de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF. (VASCONCELLOS, 1998, p.156)

Assim, o Programa Saúde da Família começa a tomar uma conformação de estratégia de política pública de saúde, trabalhando com território definido, população adscrita, centrada na família e com uma equipe de profissionais que buscam o vínculo e a participação da comunidade e que fazem cotidianamente a vigilância à saúde.

Aqui cabe um pequeno parêntese acerca da mudança da denominação de Programa para Estratégia, já que o cotidiano do trabalho em Saúde da Família não conta com fatos esperados ou “programados” mas com a imprevisibilidade de situações nos encontros entre trabalhadores e usuários. Morin (2003, p.62) traduz este cotidiano dizendo que

A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados. O programa é a determinação *a priori* de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é concebida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso.

Pereira (2008) faz questão de trazer essa discussão apontando as incertezas do trabalho em saúde, que é produzido em ato nos encontros de trabalhadores com usuários, com a presença permanente do trabalho vivo e do trabalho morto¹ (MERHY, 1997), e que levam em consideração as diferentes necessidades de saúde e articulam isso à busca da equidade no trabalho em saúde. A autora, ainda afirma que não se trata apenas de uma questão semântica, uma vez que a Portaria Ministerial 648/GM de 2006 (BRASIL, 2006a) que trata da Política Nacional de Atenção Básica, define que:

¹ Trabalho vivo: o trabalho que produz em ato, com as incertezas e imprevisibilidades, em que o trabalhador tem autonomia na sua produção e é diferente a cada vez que se dá; e trabalho morto: o que está dado, fechado, cristalizado apesar de ter sido produzido pelo trabalho vivo no momento de sua utilização não permite a autonomia do trabalhador (MATUMOTO, 1998).

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 considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p.10).

Neste sentido, Pereira (2008) aponta que é a primeira vez que se faz presente a importância de se trabalhar com a singularidade dos sujeitos/usuários, o que caminha junto com o fato de a estratégia lidar com um ambiente incerto.

1.1. Os dados da ESF no Brasil

Apesar de a estratégia ainda não cobrir 100% da população brasileira (como seria o desejável) vem sendo implantada com caráter substitutivo, no sentido de alcançar a mudança do modelo assistencial no país, tornando-o além de tudo, mais humanizado (BRASIL, 2004a). Em sua origem a ESF traz resquícios da APS vista como “ação pobre para pobres”, ou seja, da APS seletiva, uma vez que foram privilegiados para a instalação das primeiras equipes, os municípios constantes do “mapa da fome” produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas (IPEA) (VASCONCELLOS, 1998), e mais recentemente as áreas de periferia e de populações mais carentes das grandes cidades.

O número de equipes implantadas no país vem crescendo ano a ano no país inteiro com maior dificuldade em grandes centros e cidades com mais de 100.000 habitantes.

Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde² mostram que no final do ano de 2007, o país tinha 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios, o que significava uma cobertura de 46,6% da população ou 87,7 milhões de pessoas.

Além disso, parte das equipes conta também com equipes de Saúde Bucal, num total de 15.700 equipes em 4.300 municípios dando cobertura a 40,9% da população, ou cerca, de 77 milhões de pessoas. Um número maior de pessoas é coberta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois o PACS, hoje chamadas de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) ainda existe no país e não contam com a equipe completa,

² <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>, acesso realizado em 31 de janeiro de 2009.

mas com os ACS e um enfermeiro supervisor. Por isso, os números em relação aos ACS são de 211 mil trabalhadores que cobrem 56,8% da população em 5.300 municípios brasileiros. Os mapas abaixo apresentam a dimensão da ampliação da cobertura do território nacional pela equipes de Saúde da Família.

Figura 1. Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. BRASIL - 1998 – outubro 2009

Conforme nos indicam os Gráficos 1, 2 e 3, a cobertura pelas Equipes de Saúde da Família, ainda se expandiu em 2009, chegando a 30.603 equipes em 5.261 municípios e atingindo 51,03 % da população brasileira, com um aumento da cobertura nos últimos anos.

Gráfico 1. Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010

Gráfico 2. Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010

Gráfico 3. Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – fevereiro/2010

Este conjunto de dados merece ser analisado, pois a ESF apesar de apresentar extensão para quase todos os municípios brasileiros, tem sua cobertura assistencial ainda de 51,03%. Cabe considerar que no Brasil, 71% dos municípios têm até 20 mil habitantes e reúnem 17,6% (ou 32,5 milhões de pessoas) da população total. Na outra ponta, apenas 36 municípios (0,6%) têm mais de 500 mil habitantes e reúnem 28,0% (51,6 milhões de pessoas) da população. Estes dados se somados à questão da cobertura podem estar indicando a maior concentração da ESF ainda nos pequenos municípios brasileiros, com a organização da ESF na vertente de APS seletiva (APS focal) ou APS como porta de entrada, embora o desenho para a reorganização do sistema estabeleça a ESF como prioritária para a estruturação da APS/Atenção Básica no país (MISHIMA, 2009). Sousa *et al.* (2000) indicam que na implantação e expansão da Saúde da Família no país, houve a indução para a priorização em municípios com indicadores de saúde em situação crítica, ou seja, em municípios constantes do Mapa da Fome do IPEA³, com altos índices de mortalidade materna e infantil, bem como aqueles inseridos no Programa Comunidade Solidária, reforçando a questão da implantação da estratégia como uma possibilidade inicial de ampliação do acesso da população desassistida por serviços de saúde.

Assim, se por um lado, esta situação pode indicar a adoção de estratégias de baixo custo na vertente da atenção seletiva e focal, por outro, este desenho pode indicar também

³ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas, fundação pública ligada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República do Brasil – <http://www.ipea.gov.br>, acesso em 23 de junho de 2010.

a busca de equidade, apontando para uma discriminação positiva para a implantação da ESF, ou seja, sua viabilização em municípios mais carentes do país.

Outro ponto que merece destaque refere-se ao fato de que tem sido verificado que a Saúde da Família encontra grande dificuldade de implantação em municípios com mais de 100.000 habitantes evidenciado em vários documentos do Ministério da Saúde e análises de sua sustentabilidade (BRASIL, 2002; SOUSA *et al.*, 2000). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2002, voltado para a avaliação da implementação da Saúde da Família em grandes centros, evidenciou que

Dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno (BRASIL, 2002, p.19).

Também tem sido apontado que os incentivos e estratégias adotados, inclusive financeiros com melhor remuneração para os municípios com maior cobertura populacional, não tem sido suficientes para a ampliação da Saúde da Família em grandes centros urbanos (BRASIL, 2002; SOUSA *et al.*, 2000). Assim, uma das estratégias adotadas para incentivar e reverter esta situação foi a implantação do Projeto de Expansão da Estratégia da Saúde da Família (PROESF), uma iniciativa do Ministério da Saúde, com apoio do Banco Mundial.

A proposta teve como foco o apoio à organização e fortalecimento da Atenção Básica no país por meio da implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros (municípios com mais de 100.000 habitantes), prevendo três componentes⁴, sendo o primeiro a contribuição ao processo de conversão do modelo de atenção vigente pela ESF (SCOCHI *et al.*, 2007).

No caso de Ribeirão Preto, o Plano Municipal de Saúde 2005-2008 (RIBEIRÃO PRETO, 2005, p.7), apontou a necessidade da reorganização do sistema de saúde de modo a facilitar a oferta organizada de serviços por meio de um conjunto de ações, dentre elas algumas voltadas à atenção básica indicando a implantação da Estratégia de Saúde da Família “nos termos do PROESF, em 50% do município como paradigma para a reorganização do sistema a partir da atenção básica, concomitante ao investimento no modelo de atenção das unidades de saúde tradicionais”.

Assim como outros grandes municípios, Ribeirão Preto não conseguiu, ainda, atingir a meta proposta (50% de cobertura), tendo uma cobertura de 11,47% para 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2009a), sendo que para o Plano de Saúde 2010-2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2009b),

⁴ Os três componentes referem-se: (1) apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde; (2) desenvolvimento de recursos humanos; e (3) monitoramento e avaliação.

o município mantém a proposição do fortalecimento da Atenção Básica mediante a ampliação da Saúde da Família.

De qualquer forma, quando considerado este conjunto de dados para o Brasil aponta-se o crescimento gradual da cobertura pela ESF e somados à legislação federal dos últimos anos, principalmente após o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006b), verifica-se que o país vem investindo neste caminho/estratégia para a mudança do modelo de assistência.

Entretanto, a fragilidade de estudos de avaliação sobre o impacto da ESF ainda é grande, pois é escassa a produção de trabalhos que façam avaliação da estratégia no nível local e evidenciem a melhoria da qualidade de vida das populações, demonstrando aos diversos gestores e trabalhadores das equipes, a importância de não apenas manter, mas de ampliar e qualificar as ações desenvolvidas na Saúde da Família (BRASIL, 2002, IBAÑEZ *et al*, 2006).

Nesta direção, o estudo Avaliação da Saúde da Família em dez grandes centros (BRASIL, 2002) indica como um dos pontos de estrangulamento da estratégia, a dificuldade de “monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação” (p.17).

Diante disso, entendemos ser necessário que avaliações sobre a estratégia Saúde Família sejam realizadas permanentemente no sentido de: dar visibilidade ao impacto sobre a saúde das pessoas e à diminuição de custos da assistência devido à maior resolução das ações neste primeiro nível de atenção; redução de índices epidemiológicos indesejáveis, proporcionados pela estratégia; assim como fomentar a importância do trabalho de agentes de saúde na educação e busca da autonomia das famílias no cuidado com sua saúde. Neste sentido, não há como deixar de considerar o papel desempenhado pela equipe local no processo de monitoramento e avaliação das ações produzidas pela Saúde da Família e de seu impacto sobre a vida das pessoas de seu território.

1.2. Avaliação – buscando uma definição

Segundo o dicionário Michaelis⁵, avaliação quer dizer “calcular ou determinar o valor, o preço ou o merecimento de...”.

Avaliar significa formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto (BRASIL, 2005). Cabe destacar, que a avaliação subsidia o processo de tomada de decisão, e neste sentido, pode e deve assumir um caráter educativo, em que todos os envolvidos se articulem em um processo de aprendizagem contínua para a melhoria da qualidade da atenção, dos serviços e das ações de saúde. Com isto apontamos outra direção que foge do caráter de controle e punição existente em torno da expressão avaliação.

⁵ <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=avaliar>

A avaliação pode ser concebida como “uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados” (UCHIMURA; BOSI, 2002, p.1563). Ainda, pode ser definida como “processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos” (MOTTA, 1989, p.1), ou seja, segundo Ferreira (2007) estas definições reafirmam a concepção de que avaliar consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões.

Gaiosio (2007, p.32) tomando autores da área de avaliação afirma que esta pode ser

considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatória, tanto para o gestor, quanto para o pesquisador, uma explicitação de suas opções teóricas e técnicas (p.32).

Estes aspectos apontam para a complexidade presente no processo de avaliação. Assim, o método usado para a avaliação é um fator importante, pois dependendo da maneira como se faz obteremos diferentes resultados.

Uchimura e Bosi (2004) chamam a atenção para a subjetividade do avaliador como um fator relevante neste processo, principalmente quando se trata de avaliar qualidade. Apontam também que a avaliação no âmbito da administração pública tem sido conceituada sob diferentes perspectivas, dependendo do pensamento dos autores, e apresentam a seguinte classificação:

- A avaliação sistemática ou avaliação em sentido estrito: implica em procedimentos que, apoiados em métodos científicos, identificam, obtêm e proporcionam a informação pertinente e julgam o mérito e o valor de algo de maneira justificável. Pressupõe a utilização de um método científico e validado o que a diferencia da avaliação cotidiana.
- Avaliação normativa: é voltada ao julgamento sobre uma intervenção. Inclui a comparação entre os recursos empregados (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas.
- Pesquisa avaliativa: volta-se a “analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto social no qual ela se situa” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p.37). A pesquisa avaliativa tem a possibilidade de desdobrar-se em seis tipos de análise, contempladas no todo ou em parte. São elas: análise estratégica (pertinência da intervenção); análise da intervenção (relação entre os objetivos e os meios empregados); análise da produtividade (como os recursos são utilizados para produzir serviços); análise dos efeitos (eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde, no caso dos serviços de saúde); análise do rendimento (eficiência –

relação entre os recursos empregados e os efeitos obtidos); análise da implantação (contexto da implantação e o grau de interdependência com a intervenção em si).

Ainda que os autores mostrem didaticamente a diferença entre as maneiras de avaliar, consideramos necessário no processo de avaliação da qualidade da atenção a utilização de diferentes perspectivas, ou seja, estudos que tenham o caráter tanto quantitativo como qualitativo. Esta questão se coloca, tendo em vista que este processo se dá em um ambiente incerto, trabalhando permanentemente com a imprevisibilidade.

1.3. Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) - a proposta do Ministério da Saúde para a ESF

Definir qualidade também não é tarefa fácil. Para tal é preciso levar em conta as expectativas e desejos de quem utiliza o produto e se este produto traz ao usuário satisfação esperada. Trata-se de uma dimensão subjetiva de grande variabilidade, visto que as necessidades e as expectativas implicadas diferem de acordo com as experiências prévias, cultura, condições de vida, características pessoais, dentre outros fatores. Portanto, afirmar que determinado produto tem qualidade é também afirmar que as necessidades daquele usuário foram satisfeitas.

Segundo documento do Ministério da Saúde, qualidade em saúde pode ser compreendida como padrões estabelecidos por protocolos e normas que organizam ações e práticas, baseados em conhecimentos científicos e técnicos considerando as necessidades dos usuários (BRASIL, 2005). Ainda, qualidade em saúde deve ser pensada à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, com o desafio de buscar a integralidade, equidade, universalidade e participação social em um serviço que produza a satisfação das necessidades dos seus usuários. Ao se falar, em qualidade, também devemos considerar que não se trata de “objeto”, ou seja, não é pré-definida ou estanque, pode ser modifica, melhorar ou piorar de acordo com a necessidade do momento (BRASIL, 2005).

Vem-se apontando reiteradamente a necessidade da Estratégia Saúde da Família ser permanentemente avaliada demonstrando seu impacto na situação de saúde das populações por ela assistidas, no sentido de propor intervenções para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários dos serviços de saúde que a utilizam (IBAÑEZ *et al*, 2006). Em 2005, com o objetivo de avaliar sistematicamente a melhoria desta qualidade o Ministério da Saúde propôs a utilização de instrumentos que pudessem ser utilizados por gestores, coordenadores e equipes de Saúde da Família em todos os municípios, independente do porte, em todo o território nacional, levando em conta as diferenças existentes nas diversas regiões do país: a AMQ - *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (BRASIL, 2005). Foram criados diferentes instrumentos para a utilização por gestores, coordenadores e equipes:

- Padrão básico: universal para todos os municípios
- >20: para municípios com mais de 20.00 habitantes
- >100: para municípios com mais de 100.000 habitantes
- >500: para municípios com mais de 500.00 habitantes

A perspectiva colocada, é que estes contemplem a realidade dos mais diversos municípios do país e todos os atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família.

Além disso, o instrumento aborda as várias dimensões da assistência aos usuários, preconizadas pela Estratégia Saúde da Família, de maneira que todas as ações da equipe sejam avaliadas:

- Acolhimento, humanização e reponsabilização;
- Promoção da saúde;
- Participação Comunitária e Controle Social
- Vigilância à saúde I: ações gerais de Vigilância Epidemiológica (SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação) controle de doenças emergentes e de agravos mais prevalentes na população como hipertensão arterial e diabetes melitus.
- Saúde de Criança: ações básicas – imunização, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle das diarreias e das infecções respiratórias agudas.
- Saúde de Adolescentes: prevenção de gravidez na adolescência, prevenção do uso de álcool e drogas, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, imunização.
- Saúde de Mulheres e Homens Adultos: pré-natal, puerpério e planejamento familiar, detecção precoce de novos casos de hipertensão e diabetes.
- Saúde de Idosos: imunização, saúde bucal, capacitação do cuidador, acompanhamento de acamados, detecção precoce de demência
- Vigilância à Saúde II: Doenças transmissíveis – tuberculose, hanseníase, hepatites, dengue e surtos de doenças infecto-contagiosas
- Vigilância à Saúde III: Agravos com prevalência regionalizada – malária, violência, etc,

Desta forma, a AMQ surge com a finalidade de aproximar os atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família dos métodos e instrumentos para a auto-avaliação de maneira a auxiliar no processo de tomada de decisão (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a proposta de realização da AMQ prevê a adesão voluntária a esta proposta, que não traz ônus nem bônus aos que a utilizam, exceto a melhoria da qualidade do serviço prestado a seus usuários e a orientação para um melhor diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). É também enfatizado que para quem utiliza a AMQ, a possibilidade de agir sob uma reflexão crítica contínua sobre o seu trabalho se faz presente. Trata-se, portanto, de monitorar o trabalho do gestor, dos coordenadores e das equipes de Saúde da Família cada qual em seu espaço de atuação.

Os maiores beneficiários da AMQ, no entanto, são os usuários do sistema já que a melhoria da qualidade da ESF

representará a melhoria do acesso aos serviços, maior resolubilidade e atenção humanizada, uma vez que esses propósitos deverão ser perseguidos pelos gestores, profissionais e demais atores envolvidos na melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2005).

Optamos neste estudo, por utilizar a Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ) proposta pelo Ministério da Saúde com a finalidade de fazer com que os próprios atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família – trabalhadores – se apropriem de instrumentos de avaliação da qualidade da assistência prestada por eles mesmos, pois a proposta do Ministério é que este seja um instrumento de auto-avaliação.

Para isso, a proposta precisa ser aceita voluntariamente por esses atores, reafirmando que esta não visa punição, classificação ou eliminação daqueles que não alcançarem determinado resultado. Antes, busca aproximar o trabalhador da auto-avaliação cotidiana, enquanto um instrumento para gestão do trabalho, necessário para o processo de tomada de decisão no nível local.

Ainda, um aspecto importante, refere-se ao aspecto formador, ou seja, pela facilidade da aplicação do instrumento desenvolvido para a AMQ é possível fazer um diagnóstico acerca do funcionamento e da evolução da ESF em nível local (nas unidades) e no nível municipal, pelos atores envolvidos no processo de produção de ações de saúde. Com isto, há a possibilidade da identificação dos estágios de desenvolvimento da ESF e o planejamento de ações para alcançar níveis mais desenvolvidos (BRASIL, 2005).

Assim, tem-se a possibilidade da aproximação do trabalhador com o processo de avaliação da qualidade, por meio da auto-avaliação, atestando que não se trata de um conjunto de saberes próprios de especialistas, mas apontando mais uma vez para a apropriação de conhecimentos e práticas pelo trabalhador do nível local. Pode-se, desta forma, afirmar que o “aspecto formador” que a AMQ traz pode colaborar para eliminar o pré-conceito existente de que avaliação implica em “certo e errado”, prevendo castigo ou punição quando de sua realização.

Aprender a olhar o próprio trabalho de maneira crítica e buscando a melhoria da qualidade em seus indicadores de eficácia, eficiência, efetividade, acessibilidade, otimização, equidade, se coloca como um desafio para a ESF e suas equipes, que constroem em seu dia-a-dia, proximidade com a população sob sua responsabilidade.

1.4. Justificativa e objetivos

Este estudo ao recortar como objeto a análise do processo de reflexão empreendida pelas equipes de Saúde da Família quando da utilização da AMQ, aponta a importância do desenvolvimento de processos de auto-avaliação, de modo que as equipes possam buscar

construir formas de intervenção frente aos problemas identificados e qualificar a atenção prestada na Atenção Básica, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido.

Entendemos que o instrumento proposto na AMQ para as equipes de Saúde da Família, utilizado como instrumento disparador do processo de reflexão junto à equipe nesta investigação, serve como motivador para a equipe refletir sobre a importância do monitoramento da atenção e a proposição de um plano de ações visando a melhoria da qualidade da atenção.

Neste sentido, a aproximação dos trabalhadores à metodologia visando estimular a utilização da AMQ se coloca como de fundamental importância, assim como a análise e a reflexão sobre seu processo de trabalho a partir desta utilização pelas equipes.

2. OBJETIVOS

Considerando os aspectos apontados, esta investigação tem por objetivo analisar o processo de auto-avaliação desencadeado por uma equipe de Saúde da Família vinculada à Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – SP, mediante a utilização da metodologia da AMQ na Saúde da Família.

2.1. Objetivos específicos:

- apresentar, estimular e aplicar a AMQ junto a uma Equipe de Saúde da Família de forma que se estabeleça o processo de auto-avaliação;
- analisar o processo de avaliação desencadeado pela equipe com a utilização da metodologia da AMQ e os resultados obtidos;
- identificar as facilidades e dificuldades da utilização da AMQ pela equipe.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta pesquisa, pela natureza da investigação que se volta a analisar o processo de reflexão e auto-avaliação desencadeado pela utilização da AMQ por uma equipe de Saúde da Família, optamos pela adoção da abordagem qualitativa para o cumprimento dos objetivos propostos.

A “*compreensão/explicação em profundidade*” que a abordagem qualitativa possibilita, segundo Deslandes e Assis (2003), permite uma aproximação a um cenário complexo, marcado pela imprevisibilidade das necessidades e problemas que acionam a produção de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, assim como pela complexidade que se faz presente nas relações que são estabelecidas entre os trabalhadores nestas equipes. Este complexo de questões envolve um conjunto de valores, crenças, hábitos e atitudes, práticas, distintas lógicas de ação presentes no desenvolvimento do trabalho cotidiano nestas equipes na produção de cuidados ou nos processos de organização e gestão deste cuidado.

3.1. O campo da pesquisa

A investigação foi desenvolvida na rede de Atenção Básica do município Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Ribeirão Preto é considerada a cidade mais importante da região administrativa que compreende 24 municípios. Para 2009, sua população estava estimada em 547.417 habitantes, com uma densidade demográfica de 847,17 habitantes/km² e um alto grau de urbanização de (99 %)⁶.

O município apresenta grande parte de seus indicadores (saúde, habitação, infraestrutura urbana, condições de vida, educação, emprego, economia) mais favoráveis que os da região e do estado de São Paulo em geral⁷.

Ribeirão Preto está localizado em uma região que apresenta o agronegócio como atividade econômica fortemente presente, com um importante parque da indústria sucro-alcooleira, contudo, as atividades econômicas fundamentais são o comércio e os serviços, destacando-se o setor da educação, saúde e indústria de equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos.

Ainda, o município é considerado um importante pólo científico do país, especialmente no setor saúde, com a presença da Universidade de São Paulo, responsável pela formação de pessoal principalmente para área da saúde em diferentes campos do conhecimento.

⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [internet]. Contagem da População 2007. Brasília [acesso 06 de julho de 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

⁷ Governo do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal de Ribeirão Preto [internet]. São Paulo [acesso 06 de julho de 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

O município foi pioneiro na implantação dos serviços de Atenção Básica ainda na década de 80, no período das Ações Integradas de Saúde (AIS), sendo que sua rede de Atenção Básica encontra-se dividida geográfica e operacionalmente em 5 Distritos de Saúde, tendo como unidade de referência para esta área geográfica em cada Distrito, uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e unidades de Saúde (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família – USF/Núcleos) a elas articuladas. Os cinco distritos são: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

Fonte: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/rede/i16apresentacao.htm>

Figura 2: Mapa de Ribeirão Preto com os Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, 2010.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2010, p.23), o município 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 EACS. [...] A cobertura populacional atual (março/2009) para as equipes de saúde da família (ESF) é de 11,0% e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde (ESF e EACS) – são de 32,1%.

Destas 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), 5 estão ligadas diretamente à Universidade de São Paulo (USP) e denominadas Núcleos de Saúde da Família (NSF). O Quadro 1 apresenta o conjunto das unidades que compõe a rede de Atenção Básica do município.

Quadro 1. Unidades de Atenção Básica da Cidade de Ribeirão Preto para Dezembro de 2009. Ribeirão Preto, 2010

#	Unidade de Saúde	Distrito	Modus Operandi
1	UBDS Central	Central	UBDS + PA 24 horas
2	CSE Vila Tibério	Central	1 EACS
3	UBS Vila Tibério	Central	1 EACS
4	UBS João Rossi	Central	UBS tradicional
5	UBS Campos Elíseos	Central	UBS tradicional
6	PAM II	Central	UBS crianças e adolescentes
7	UBDS Castelo Branco	Leste	UBDS + PA 24 horas
8	USF Jardim Zara	Leste	3 ESF + 2 ESB Modalidade 1
9	UBS Vila Abranches	Leste	1 EACS
10	UBS Jd Juliana	Leste	1 EACS
11	UBS São José	Leste	1 EACS
12	UBS Sta. Cruz	Leste	1 EACS
13	UBS Bonfim Paulista	Leste	1 EACS
14	UBDS Quintino II (Distrital Norte)	Norte	PA 24 horas e Especialidades
15	USF Avelino Palma	Norte	2 ESF
16	USF Estação do Alto	Norte	2 ESF+ 1 ESB Modalidade 1
17	BAC Heitor Rigon	Norte	2 ESF
18	USF Geraldo Correa de Carvalho	Norte	1 ESF
19	UBS Marincek	Norte	2 EACS (MARINCEK E JANDAIA)
20	UBS Valentina Figueiredo	Norte	1 EACS
21	UBS Simioni	Norte	1 EACS
22	UBS Quintino I	Norte	1 EACS
23	UBS Jd Aeroporto	Norte	1 EACS
24	UBS Ribeirão Verde	Norte	2 EACS
25	UBS Vila Mariana	Norte	1 EACS
26	CSE Sumarezinho	Oeste	UBDS + PA 24 horas
27	Núcleo de Saúde da Família 1	Oeste	1 ESF
28	Núcleo de Saúde da Família 2	Oeste	1 ESF
29	Núcleo de Saúde da Família 3	Oeste	1 ESF
30	Núcleo de Saúde da Família 4	Oeste	1 ESF
31	Núcleo de Saúde da Família 5	Oeste	1 ESF
32	UBS Jd. Paiva	Oeste	2 EACS
33	CMSC V Lobato	Oeste	UBS tradicional
34	UBS Ipiranga	Oeste	UBS tradicional
35	CSE Ipiranga	Oeste	UBS tradicional
36	UBS Vila Recreio	Oeste	2 EACS
37	UBS Dutra	Oeste	2 EACS
38	UBS Vila Albertina	Oeste	1 EACS
39	USF Portal do Alto	Oeste	1 ESF
40	USF Eugênio Mendes Lopes	Oeste	2 ESF + 1 ESB Modalidade 1
41	UBS D Mielli	Oeste	1 EACS
42	USF Maria Casagrande	Oeste	3 ESF + 2 ESB Modalidade 1
43	UBS José Sampaio	Oeste	UBS tradicional
44	UBDS Vila Virgínia	Sul	UBDS + PA 24 horas
45	UBS Adão do Carmo	Sul	1 EACS
46	UBS Maria das Graças	Sul	1 EACS
47	UBS Parque Ribeirão	Sul	UBS tradicional

Fonte: Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2010.

O campo da pesquisa foi o Distrito Oeste com uma população de 136.906 habitantes, selecionado por ser um distrito com o qual a Universidade de São Paulo mantém parceira acadêmico-assistencial com a Secretaria Municipal de Saúde. As unidades de saúde que compõem o Distrito Oeste e seu elenco de serviços são apresentadas a seguir, no Quadro 2 (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Quadro 2. Unidades de Saúde do Distrito Oeste e seu elenco de serviços⁸. Ribeirão Preto, 2010

Unidade de Saúde	Serviços
UBDS - Centro de Saúde Escola "Joel Domingos Machado" (co-gerenciada pela FMRP-USP e SMS-RP)	Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiograma, Fonoaudiologia, Infectologia, Oftalmologia, Programa de Hanseníase, Psicologia, Radiologia e Serviço Social entre outros), Atenção Básica (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Odontologia, Teste do Pezinho, Vacinação) e Pronto Atendimento 24 horas.
Centro de Saúde Escola – Ipiranga- "Dr. Edgar Ache (Gerenciado pela FMRP-USP).	Atividades de Atenção Básica tradicional (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Assistência Domiciliar, Enfermagem, Teste do Pezinho, Vacinação).
Cinco NSF (1, 2, 3, 4, 5) com sede própria (co-gerenciados pela FMRP-USP e SMS-RP)	atividades da ESF. (Atenção Básica)
Duas UBS (José Sampaio, Ipiranga) gerenciadas pela SMS-RP	atividades de Atenção Básica tradicional
Cinco UBS (Dom Mielle, Vila Albertina, Vila Recreio, Dutra e Jardim Paiva) gerenciados pela SMS	atividades da Atenção Básica tradicional com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
Três USF (Maria Casagrande, Portal do Alto e Eugênio Mendes Lopes)	atividades da ESF. (Atenção Básica) com Equipes de Saúde Bucal em 2 unidades.
Centro Médico Social Comunitário (ligado ao HC-FMRPUSP) Vila Lobato	atividades de Atenção Básica tradicional (Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, 2010

3.2. O cenário e os sujeitos da pesquisa, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados

As cinco (5) unidades de Saúde da Família ligadas à Universidade de São Paulo: NSF I, NSF II, NSF III, NSF IV e NSF V oferecem cobertura assistencial a uma população de cerca de 15.000 habitantes, ou seja, perto de 3.000 famílias, sendo que a população residente na área básica do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da região da de cerca de 23.000 pessoas.

⁸ O elenco de serviços presentes nas UBDS está definido pela SMS Ribeirão Preto: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/organizacao/i16indice.htm> acesso em 05 de fevereiro de 2010.

Assim, para esta investigação, tem-se como cenário estas unidades, ou seja, os cinco Núcleos de Saúde da Família. Estas unidades foram habilitadas pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 1.140 de 10 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000) para o desenvolvimento das ações previstas pela estratégia Saúde da Família e para o incremento de atividades acadêmicas voltadas à formação de pessoal para a atenção básica, em especial para a Saúde da Família. A localização dos Núcleos de Saúde da Família, dentro da área básica do CSE – Sumarezinho, é apresentada na Figura 3, abaixo.

Figura 3 – Mapa da área básica do Centro de Saúde Escola – Sumarezinho com a localização da UBDS e dos 5 Núcleos de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2010.

Os Núcleos de Saúde da Família organizam seu processo de trabalho a partir da proposta do Ministério da Saúde, com uma equipe multiprofissional, da qual é esperada uma formação generalista, atuação junto a uma população adscrita com a presença de usuários ao longo do seu ciclo vital, por meio de ações planejadas a partir do diagnóstico da situação de saúde do território sob sua responsabilidade (CASTILLO, 2010). Estas são as equipes de Saúde da Família mais antigas no município, posição que as coloca em uma situação de suposta experiência acumulada no exercício das ações e no seguimento dos princípios propostos pela Saúde da Família.

Para a definição da Unidade de Saúde da Família, locus de realização da pesquisa e dos sujeitos, houve a exposição do estudo às cinco unidades de Saúde da Família vinculadas

à Universidade de São Paulo, de forma a apresentar a proposta da pesquisa e sensibilizar os trabalhadores da equipe para seu desenvolvimento, bem como da proposta da AMQ.

Uma vez vencida esta etapa, com a apresentação do projeto de pesquisa as cinco unidades, foi selecionada uma das equipes para o desenvolvimento da investigação, considerando-se como critérios de inclusão: a anuência da equipe para a realização da etapa subsequente evidenciando sua disponibilidade de participação; a equipe encontrar-se completa considerando a conformação da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde); e que a equipe em seu conjunto atendesse ao critério de antiguidade (ou seja, que seus membros tivessem ao menos 1 ano de trabalho conjunto). Considerando estes aspectos foi selecionada uma unidade de Saúde da Família, que passa a se denominar para fins desta investigação Unidade de Saúde da Família Jardim Florido, e seus trabalhadores que ofereceram a anuência individual mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).

Os trabalhadores para fins de garantir seu anonimato receberam o nome de flores, bem como os estudantes de enfermagem, odontologia e residentes de Medicina de Família e Comunidade que estavam em atividades na Unidade quando do processo de coleta de dados. São eles: Gardênia, Tulipa, Papoula, Narciso, Estrelízia, Gérbera, Sempre-Viva, Azaléia, Palma, Fúria, Violeta, Lírio, Orquídea, Magnólia e Angélica.

3.3. O processo de coleta de dados - as técnicas e os instrumentos

Após a definição da unidade e dos sujeitos da pesquisa, inicialmente foi realizado um primeiro grupo de discussão, para a apresentação detalhada da AMQ e o desencadeamento do processo de auto-avaliação do trabalho da Unidade de Saúde da Família Jardim Florido. A perspectiva colocada nesta etapa, foi a de colocar a equipe de saúde em contato com a AMQ enquanto uma estratégia para a avaliação e monitoramento da atenção prestada, assim como com os instrumentos da proposta. Para esta etapa foram utilizados os instrumentos previstos na AMQ para serem respondidos pela equipe de saúde da família – Instrumento 4 e 5 (ANEXO I).

No desenvolvimento deste processo optou-se pela realização do *grupo focal*, que pode ser definido como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação grupal, sobre um determinado tópico, definido pelo pesquisador (MORGAN, 1997), tendo em vista que é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados por si mesmo, são trazidos pela interação grupal.

Westphal *et al.* (1996) afirma que os grupos focais permitem: o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, possibilita a reprodução de processos de interação que ocorrem fora dos encontros grupais; somando-se ainda a possibilidade da obtenção dos dados em curto espaço de tempo.

Na técnica tem-se especificado que para composição do grupo, seus integrantes devem compartilhar traços comuns e possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado. Também se coloca como recomendável ter uma composição homogênea, facilitando a interação dos integrantes. No caso desta investigação, embora sem a experiência prévia com a AMQ, os sujeitos compartilhavam a experiência cotidiana no trabalho na Saúde da Família, foco do processo de reflexão proposto pela AMQ. Ainda, a questão da homogeneidade aqui foi considerada no sentido da composição da equipe na Saúde da Família, em que a diversidade das categorias profissionais está presente e se constitui em um dos elementos necessários e fundamentais para seu desenvolvimento, assim como a especificidade da unidade de saúde, que se constitui em um espaço acadêmico, trazendo para o grupo, portanto, a figura do estudante e do residente médico.

Morgan (1997) faz algumas recomendações práticas para compor-se um grupo focal. Observa que não há um tamanho fixo ideal; cada caso deve ser avaliado pelo próprio pesquisador, com a definição do número de integrantes adequado ao desenho geral da pesquisa.

Os autores são unânimes em afirmar a necessidade do preparo do pesquisador que se propõe a coleta de dados com grupo focal, tanto no aspecto técnico quanto no aspecto do conteúdo. Isso significa que quem coordena o grupo precisa adquirir habilidades adequadas a sua atuação enquanto facilitador da interação entre os integrantes do grupo. Tem ainda por tarefa a proposição das questões que se dirigem para o objetivo da investigação, bem como manter as discussões focalizadas no tema proposto para a discussão daquele encontro e retomá-las quando necessário. Na técnica do grupo focal está prevista a presença do observador, com a função de registrar os aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes, complementando o registro sistematizado de cada sessão através de gravações, com consentimento dos integrantes. No final da sessão, o observador pode ajudar o coordenador a elaborar a síntese do encontro.

Assim, cabe considerar que para o desenvolvimento do grupo, estas questões estiveram presentes, e que houve a preocupação de se ter um conjunto outros de pesquisadores com experiência na coleta de dados mediante o grupo focal. Desta forma, cada sessão, além da pesquisadora responsável, contou com a participação de pelo menos dois observadores que se ativeram ao registro escrito do grupo, observação do grupo (interação, linguagem não verbal) e ao controle dos equipamentos de gravação. Após cada encontro, a pesquisadora e os observadores empreendiam a avaliação do encontro, elaboração da síntese e a definição da estratégia para o próximo encontro.

Os encontros tiveram a duração de uma hora cada sessão, com intervalo semanal ou quinzenal mediante negociação com a equipe, sendo que foram realizados oito encontros, considerados suficientes mediante a aplicação dos dois instrumentos propostos e pela

exaustão dos dados, que passaram a se repetir na medida em que os instrumentos eram aplicados. A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2009 a março de 2010.

Para o desenvolvimento do grupo focal construímos roteiro específico, tendo como eixo temático a utilização da AMQ pela equipe, sua função de ferramenta operacional para a atenção básica, as dificuldades enfrentadas e os resultados alcançados.

A proposta da AMQ está dividida em 5 instrumentos de avaliação criados para cada um dos âmbitos de gestão e execução da Estratégia Saúde da Família (Gestores, Coordenação e equipes de Saúde da Família) sendo os instrumentos nº 4 e 5 os de responsabilidade da equipe.

Segundo Venâncio *et al.*(2008) a proposta traz ainda uma divisão em estágios de qualidade que estão associados aos padrões:

- E – Qualidade elementar: elementos fundamentais de estrutura e ações básicas da Estratégia Saúde da Família;
- D – Qualidade em desenvolvimento: elementos organizacionais iniciais e aperfeiçoamento das ações;
- C – Qualidade consolidada: processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações;
- B – Qualidade boa: ações de maior complexidade no cuidado e resultados duradouros e sustentados e
- A – Qualidade avançada. Padrão de excelência, ou seja, modelo a ser alcançado.

As respostas são categóricas, do tipo “sim” ou “não”, sem a possibilidade de escalas ou de frequência de execução da atividade questionada e além de definir, antes das questões, o padrão de qualidade ao qual se refere, o instrumento traz, logo abaixo das questões a “resposta” esperada para aquela questão, ou seja, o modelo do que espera que seja realizado como atividade pela equipe. Por exemplo:

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			

O Instrumento nº 4 coloca questões sobre a consolidação do modelo de atenção (organização do trabalho em Saúde da Família, acolhimento, humanização, responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária e ações gerais de vigilância à saúde) para ser respondida com a ajuda de todos os integrantes da equipe e o instrumento nº 5 traz questões mais pontuais sobre a saúde das pessoas nos seus ciclos de vida (criança, adolescentes, mulheres e homens adultos, idosos) e ações de vigilância à saúde mais

específicas. Este último instrumento, de acordo com a orientação da proposta deve ser respondido pelos profissionais de nível universitário da equipe de Saúde da Família.

Na presente investigação optamos por utilizar os dois instrumentos em discussões com a presença de todos os membros da equipe, incluindo os estudantes e médicos residentes presentes na unidade durante os encontros. Cabe, ainda, ressaltar que o instrumento entregue aos participantes, não continha o modelo/padrão proposto pelo Ministério da Saúde e que logo após a discussão e decisão da equipe pela resposta, este era lido pela pesquisadora no sentido de esclarecer e/ou estimular mais discussões e a resposta mais adequada. Optamos por não fornecer o modelo/padrão em um primeiro momento de modo a não influenciar a resposta e possibilitando que a equipe pudesse refletir com maior liberdade.

Os disparadores temáticos escolhidos para a utilização do instrumento da AMQ foram:

- A compreensão da AMQ;
- Participação da equipe no desenvolvimento da auto-avaliação;
- Utilização da AMQ para o desencadeamento de discussão acerca do trabalho desenvolvido pela equipe;
- Dificuldades e facilidades do processo de auto avaliação.

Os grupos focais foram áudio-gravados e, posteriormente, transcritos por uma pessoa treinada para esta atividade e revistos pela pesquisadora, para o desenvolvimento da análise.

3.4. Procedimentos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa foram contemplados os requisitos presentes na Resolução 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, sendo que para sua realização a proposta de investigação foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP, sendo aprovada mediante o protocolo nº 333/CEP-CSE-FMRP-USP (ANEXO II). A todos os participantes do estudo foi fornecido termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

3.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados primários oriundos dos grupos focais foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática, que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 1998, p.209).

Para o desenvolvimento da análise temática consideramos três etapas articuladas, nas quais procuramos inicialmente a organização dos dados, sendo realizada a seleção dos documentos submetidos à análise. Considerando os objetivos postos para a realização desta investigação, estes foram os registros dos grupos focais. Buscamos assim, organizar

o material, de forma a responder as questões de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência.

Em seguida realizamos a exploração do material empírico, mediante a leitura exaustiva dos registros, e posteriormente codificação dos dados, com a definição das unidades de registro, a separação dos recortes de acordo com as convergências, divergências e o inusitado presente nestes; e finalmente a classificação e agregação dos dados em temas. Neste momento, construímos uma matriz de análise, na qual os registros dos grupos focais foram separados em fragmentos, que foram detalhadamente descritos, classificados inicialmente em núcleos de sentido, e posteriormente agrupados nos temas: construção e fortalecimento da Atenção Básica; a equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?; reflexões sobre o trabalho na unidade de Saúde da Família e a AMQ – possibilidades e crítica ao instrumento.

Finalmente buscamos a consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisá-los à luz do quadro teórico (MINAYO, 1998). O conjunto dos temas foi confrontado com o suporte teórico da investigação, procurando estabelecer articulação deste conjunto, de modo a propiciar uma análise abrangendo a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo.” (TRIVIÑOS, 1995, p. 138).

***O PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO NA
SAÚDE DA FAMÍLIA***

4. O PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A aplicação do questionário da AMQ proporcionou à equipe em questão a oportunidade de olhar para o próprio trabalho e empreender um movimento de análise das atividades que vêm sendo realizadas e como elas vêm sendo realizadas.

Esse processo trouxe à tona vários aspectos do cotidiano do trabalho que, muitas vezes, não tinham sequer sido notados pela equipe.

Olhar para o trabalho, para a rotina diária, para as divergências e convergências em relação a vários aspectos presentes na equipe, para os problemas enfrentados, para os sucessos alcançados, para o resgate do que deu certo em determinado momento do passado, para as intervenções propostas pela equipe, enfim, esta teve a possibilidade de retomar estes movimentos, e de alguma forma indicar elementos para o planejamento do trabalho na unidade visando à qualificação da atenção que prestam.

Assim, na análise dos dados foi possível identificar temas que emergiram deste contexto, e que foram organizados de modo a facilitar a exposição dos mesmos. Assim, trazemos os quatro temas: Construção e fortalecimento da Atenção Básica, A equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?, Reflexões sobre o trabalho na unidade de Saúde da Família e A AMQ – críticas e possibilidades do instrumento, que se encontram separados por uma questão didática, mas na realidade concreta da equipe investigada encontram-se articulados.

4.1. Construção e fortalecimento da Atenção Básica

A Política Nacional da Atenção Básica prevê uma série de estratégias e ações voltadas a qualificar a atenção à saúde prestada em territórios específicos. A Saúde da Família enquanto estratégia prioritária para o fortalecimento desta política vem enfrentando diversidades pelo país afora, em especial nos municípios de grande porte, onde sua implantação tem enfrentado maiores dificuldades (BRASIL, 2005). A identificação de ferramentas e indicadores que possam levar a uma melhor análise de sua potência se faz necessária, principalmente quando este processo for possível de ser vivenciado pelas equipes (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica define que

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 considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p.10)

Fica claro, portanto, nas publicações das portarias sobre a Atenção Básica (BRASIL, 2006b), a intenção do governo federal de fortalecer um modelo de atenção à saúde das pessoas pautado em princípios como a integralidade, universalidade e equidade, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Assim, a Atenção Básica tem sido responsável pela resolução de um número muito grande de problemas e necessidades de saúde da população, tendo em vista que a política vem orientando a estruturação do trabalho em um território definido e com o conhecimento da população adscrita a ele, o que pode criar efetivas possibilidades para a facilitação do contato e o vínculo com as pessoas. Desta forma, a Atenção Básica tem como diretriz trabalhar no sentido de prevenir doenças, promover e restabelecer a saúde e reabilitar as pessoas para a vida em sociedade.

Assim, a manutenção deste tipo de atendimento e o fortalecimento do modelo de atenção vêm sendo o alvo dos diversos níveis de governo, bem como de pesquisadores e estudiosos vinculados à academia (VENÂNCIO *et al*, 2008, BRASIL, 2005).

Um dos desafios colocados para o instrumento de Avaliação da Melhoria de Qualidade – AMQ é proporcionar às equipes que o respondem, a oportunidade de olhar para o próprio trabalho e avaliar a assistência que vem sendo prestada (BRASIL, 2005). No processo específico desta investigação aparece, durante as discussões, alguns dos princípios da AB, que parecem estar tão inseridos no dia-a-dia, que não são nomeados, mas explicitam-se nas entrelinhas das falas e do cotidiano do trabalho. Algumas das reflexões que os trabalhadores da equipe investigada empreenderam a respeito destas questões fizeram com que fosse possível se voltarem à utilização das ferramentas propostas pela Saúde da Família e se certificarem de que elas vêm sendo utilizadas no dia-a-dia do trabalho.

Dentre as premissas da Estratégia Saúde da Família está o conhecimento do território e um dos aspectos presentes na reflexão da equipe ao caminharem pelas questões da AMQ refere-se a este quesito, havendo um reconhecimento de que a equipe conhece a população adscrita em suas particularidades e dinâmicas, ou seja, conhecem o território como um espaço vivo.

Território vivo é aquele espaço geográfico, definido, em que a pessoas estão presentes com suas dinâmicas familiares, sociais, culturais, religiosas, etc. Pessoas nascem, morrem e adoecem no território vivo. Existem, no território vivo pessoas de vários níveis sócio-econômicos, cada um com suas facilidades e dificuldades. Alguns chegam e outros vão embora. Há acontecimentos e espaços que influenciam as pessoas de modo a modificar sua

vida. Assim, esta imagem de dinamicidade e movimento é a marca do território vivo, sendo que acontecem mudanças na conformação da população que nele habita trazendo para a equipe de trabalhadores da unidade de saúde diferentes situações de saúde da comunidade em tempos, muitas vezes, relativamente curtos e tornando imprescindível que os serviços de saúde se adaptem às mudanças (AQUINO, 2001, MENDES, 1996).

Um dos instrumentos para se conhecer a população é o cadastramento das famílias que habitam o território. A equipe olha o trabalho que fazem neste sentido e entendem que o manejo do instrumento é realizado sempre que solicitado, e que a atualização é feita quando necessária, ou seja, quando ocorrem mudanças nesta população. Quando são levados a refletir sobre a utilização do cadastramento e sua atualização respondem que: “S: sempre que necessário! É como sim ou não... então é sim!”

Nesse sentido, a resposta sobre a atualização do cadastro, mesmo não havendo consenso em um primeiro momento, aponta o processo de reflexão sobre o cotidiano quanto à organização do trabalho da equipe com a possibilidade de se chegar ao entendimento de que o cadastramento é atualizado mensalmente.

Sempre-viva: é! Eu fui vencida pela maioria... Ainda não estou convencida pelo sim, mas tudo bem.

Tulipa: mas não é um sim apenas, né? É um sim sempre que necessário!

Angélica: [...] quando você vai na casa de uma pessoa e aí alguém diz pra você: Ah! A minha filha ficou grávida! O que você faz?

Sempre-viva: Claro: eu registro que tem uma gestante na casa...

Angélica: e onde mais você registra?

Sempre-viva: Aí eu abro uma ficha, registro no SIAB ... [...] (G1)

Outros instrumentos são utilizados no sentido de conhecer o território e suas dinâmicas, como podemos ver no fragmento abaixo que demonstra que os trabalhadores recordam-se de um mapa produzido pela equipe, mas também se referem a uma tabela com as informações como mapa de trabalho da equipe.

Camélia: Os mapas de trabalho da equipe são atualizados de acordo com situações dinâmicas do território e sua população?

Silêncio

Camélia: Se a gente pode pensar no mapa, a tabela que a gente tem a gente acaba...

Sempre-viva: É! Mostra o quanto ele é dinâmico, né? O quanto muda! Que nem a área da Vivi que era a dois... ela era uma área que ela não era tão grande. [...] Ela não era uma área com tantas famílias. Agora a gente vê que expandiu, tem um monte de cadastro... é a maior de todas... tá com cento e sessenta e poucos cadastros. A gente verifica isso pelo mapa. E verifica o quanto que a da Azaléia tá crescendo! Já imagina que vai ter uma explosão de cadastro... [...]

Camélia: Não só isso também! Quantas gestantes nós temos...

Sempre-viva: É porque tá mudando muitos jovens pra cá, então está aumentando o número de crianças, de gestantes... que antes era bem pouquinho... [...]

Camélia: Agora, a gente não tem um mapa de geoprocessamento que demonstra onde tem os casos de dengue...

Silêncio (G3)

Analisa que conhece bem a área e o território, mas que não atualiza os mapas de risco de acordo com as mudanças que ocorrem no dia-a-dia, mesmo identificando que, em discussões de família e no acolhimento, ou seja, no cotidiano do trabalho, estas questões são trazidas. Ainda, é possível identificar, através da fala de uma das ACS, que conhecer o território, a população que nele habita e suas dinâmicas, seus diversos aspectos e características não é um conhecimento restrito a uma parte da equipe, mas comum a todos os membros dela.

Sempre-viva: Se você consegue perceber. O que eu entendi é assim: se você consegue perceber as diferenças do território, tipo assim: onde tem casas mais, por exemplo, vamos ver, onde têm mais pobres, ou então onde tem áreas de risco, essa rua é crítica, ou esse trecho é crítico, ou é mais jovem ou é mais velho, eu acho que é mais ou menos isso. (G2)

A apropriação do território não se dá apenas pelo movimento cotidiano de trabalho junto às famílias, mas também pela utilização de diferentes sistemas de informação presentes na unidade de saúde. Os sistemas de informação visam ser ferramentas de avaliação e formulação de políticas, planos e programas de saúde (SILVA, 2003), ou seja, como ferramentas que possibilitam o planejamento e o processo de tomada de decisão no nível local. Suas diferentes etapas, desde o preenchimento de fichas específicas para coleta de dados cotidianos, atualização de mudanças ocorridas no território, desenho de mapas de risco com a identificação de marcadores, consolidação de dados mensais, por exemplo, tem como ponto fundamental a necessidade de compreensão por parte dos trabalhadores da finalidade do sistema de informação, não apenas de sua utilização, mas de seu papel na sistematização dos dados e planejamento mais global. Entretanto, muitas vezes este conjunto de atividades é visto como uma tarefa a mais pela equipe, sem a compreensão da finalidade do processo.

No processo da investigação, verifica-se que a equipe consegue identificar distintas ferramentas para o trabalho, como por exemplo, os registros em sistemas de informação informatizados, quadros e mapas que são mantidos na unidade. Estes são citados como facilitadores para que todos conheçam o território em todas as suas variáveis. Concluem então, durante as discussões, que os sistemas de informação são utilizados para o planejamento local e, ainda que não sejam nominados pela equipe, aparecem nas discussões não apenas como cumprimento de tarefa, mas como etapa necessária ao planejamento e organização do trabalho, levando à compreensão de que a atividade é realizada não só enquanto etapa a ser cumprida, mas enquanto ferramenta que pode ser utilizada para a melhoria da qualidade do trabalho.

Gardênia: eu acho que tem registro de várias coisas, tanto do aspecto territorial como do aspecto populacional! E a gente utiliza esses dados. Você tem registro do aspecto populacional no Hygia, você tem no SIAB, você tem no nosso quadro...

Palma: no prontuário...

Gardênia: no nosso mapa. Você tem o nosso mapa lá, com as áreas de risco... Eu entendo que é dessa forma! (G2)

Como já trazido, a equipe aponta que conhece o território enquanto espaço vivo, marcado pelos movimentos e dinâmica da população adscrita (emprego/desemprego, movimentos sociais, acontecimentos e horários de movimentação como a feira, por exemplo). Este reconhecimento permite que a equipe rememore atividades desenvolvidas em momentos anteriores junto com a comunidade para tentar solucionar problemas que foram identificados por estes dois atores (a equipe com ajuda da comunidade), bem como entenda que essa é uma importante ferramenta para o planejamento deste tipo de ação para o futuro.

Esta mesma perspectiva se coloca ao se referirem às atividades desenvolvidas com grupos específicos: criança, usuários com hipertensão ou diabetes, onde apontam a pequena população de crianças da área, e ao mesmo tempo a necessidade do desenvolvimento de grupos educativos para usuários hipertensos e diabéticos, constituídos a partir dos dados do SIAB, pois há a priorização destes grupos pela equipe em função da própria distribuição demográfica na área.

Sempre-viva: Tem grupo de hipertensão e de diabetes!

Angélica: Então é sim, sim?

Tulipa: Estes emplacam né. Porque a população...

Angélica: A demanda é maior né?

Tulipa: Não é só porque a demanda é maior Angélica. Nesta faixa etária o hipertenso e o diabético... uma grande parte deles são aposentados e donas de casa! Estão disponíveis! Muitas mães de crianças pequenininhas não estão disponíveis. (G4)

Sempre-viva: A gente percebeu que estava dando uma modificada. Lembra que a gente até pensou isso? A gente está deixando um pouco de ser uma área que só tem muitos idosos e está começando a ter aí... por conta de que esses idosos às vezes estão falecendo, estão vendendo suas casas, ou estão alugando e aí estão vindo pessoas jovens...

Gardênia: E surgiu uma necessidade maior de oferecer vagas de atendimento para crianças, para puericultura e gestante. Pra gente conseguir fazer uma programaçãozinha para todas as nossas crianças que também não é ainda uma coisa muito grande, mas conseguiu fazer a programação do ano inteiro, sabe? Os menores de um ano, as crianças que cada residente acompanha a gente conseguiu garantir, com o residente ou na falta do residente, quando eles estavam em outro estágio, ou a Tulipa. fazia consulta de pueri... reservar essa vaguinha que tem lá o recém nascido da fulana está reservado o seguimento dele. (G2)

O conhecimento do território e de sua população bem como dos dados do SIAB são utilizados pela equipe para um diagnóstico de saúde da comunidade, o que pode permitir que o acesso à unidade seja prioritário para pessoas que mais precisam; a identificação de áreas de risco para determinadas doenças como a dengue, por exemplo; bem como para o planejamento de ações junto às famílias levando em consideração as necessidades de saúde existentes e as mudanças ocorridas na configuração da população adscrita.

Reafirmam o conhecimento do território quando se remetem à classificação de risco para famílias⁹ utilizada em todos os espaços da unidade e, apesar de não usarem isso sistematicamente, procuram realizar um atendimento baseado na equidade, mesmo identificando que o território não apresenta muitas famílias em situação de vulnerabilidade ou isolamento social, mas sentem-se sensibilizados para identificar e priorizar o atendimento.

Gérbera: Por exemplo, você vê, vem uma gestante as meninas já falaram, então você cadastra, ou um diabetes descompensado, então você privilegia isso, a gente tem pouco menos da questão social. Assim, a gente tem, mas há muito tempo veio uma moça que não tinha nem o que comer em casa então foi priorizado o atendimento dela. A gente tem, mas eu acho que a Angélica vivencia muito mais isso no 5 do que nós.

Angélica: Mas porque não aparece tanto

Gérbera: Não é tão evidente (G3)

A partir das discussões fomentadas pelas questões da AMQ é possível identificar que a equipe tem como diretriz para o desenvolvimento do trabalho também o princípio da acessibilidade, entendendo a unidade como porta de entrada do sistema de saúde e buscando atender a população com equidade (atenção às necessidades diferentes de pessoas diferentes), priorizando atendimentos que julgam mais urgentes.

Gardênia: Outra coisa assim: flexibilização... A pessoa tem preferência por um período, preferência, por exemplo, preferência por agendar de tarde, preferência no início da manhã, ou no final da tarde ou no último horário... [...] Quando é prioridade, também... a gente pode mudar de médico se é atendimento naquele momento específico em que o residente não tá, tá com uma agenda muito cheia, então quem tiver mais... Por exemplo, nasce um bebezinho né? O ano passado nós tivemos vários nascimentos ali, que não era uma coisa muito comum aqui e nós conseguimos organizar a agenda. Então, assim, na primeira folha de atendimento, do prontuário já tinha a programação de agendamento conforme... pra todo ano até agora de janeiro, pra cada bebezinho pra garantir que eles tivessem a puericultura.

Angélica: Mesmo que pra que isso você precise mudanças na agenda?

Gardênia: É assim, tem outro lá na agenda a gente troca, tira passa pra outro dia, mas a prioridade a gestante, o bebe, o hipertenso que precisa de um cuidado maior... [...] (G4)

Esta priorização é feita em todos os espaços da unidade quando, por exemplo, alguém procura para o agendamento de consultas, pois os trabalhadores da equipe entendem que a agenda da unidade tem flexibilidade suficiente para atender esses casos prioritários, podendo haver uma adaptação na mesma se for necessário, ou seja, se ocorrerem mudanças na configuração da população adscrita como nascimentos além do esperado, por exemplo.

Assim, parece de certa forma implícita na discussão da flexibilização da agenda, a compreensão que a equipe porta acerca de acesso e acessibilidade, entendendo que o acesso não se refere apenas ao território geográfico e suas barreiras, mas às facilidades e dificuldades

⁹ VIEIRA, E.M.; FABBRO, A.L.D.; FRANCESCHINNI, T.R.C.; MAKITA, I.; LIMA, V.; SILVEIRA, E; VILLA, F. Classification of families according to their needs: a strategy for managing health inequalities. In: 16th World Congress of Family Doctors, 2001, Durban. Family Medicine: the Leading Edge. Abstract book. Durban-South Africa: WONCA, 2001. p. 188-189.

encontradas pela população que busca, na unidade de saúde de referência, o atendimento as suas necessidades. Desta forma, as diferentes dimensões da acessibilidade apontadas por Fekete (1997) – geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica – estão presentes nas discussões feitas pela equipe em questão quando apontam, por exemplo, as modificações feitas na agenda para adaptações para novas conformações da população adscrita.

A partir das discussões subsidiadas pelas questões colocadas pela AMQ, pode-se inferir que a equipe tem, nos princípios do SUS e da Atenção Básica, suas diretrizes para o atendimento da população que habita a área de abrangência da unidade. Esse conhecimento e vínculo com a população são ferramentas previstas pela Estratégia Saúde da Família e permitem uma assistência de melhor qualidade. A equipe entende que a escuta qualificada e o acolhimento estão presentes em todas as atividades da unidade.

Sempre-viva: Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da Unidade Saúde da Família.

Gérbera: Sim.

Angélica: Sim?!

Gardênia: Sim

Angélica: Vocês têm dúvidas? O padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral com escuta da demanda realizada em espaço apropriado da Unidade Saúde da Família com 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. É isto mesmo né?(G4)

O conceito de acolhimento não pode estar restrito à recepção da demanda, mas deve ser entendido como ferramenta para a construção de vínculo e confiança entre a equipe de saúde e os usuários. Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, acolher significa “estar com” e “perto de” numa atitude de inclusão e não de triagem ou de restrição do atendimento. A escuta qualificada também não se restringe somente a ouvir a queixa, mas se estende ao conhecimento do modo e condições de vida e da contextualização do que foi ouvido com o que é conhecido, das relações das pessoas e entre as pessoas, buscando envolvimento, comprometimento e atitude para a resolução do problema demandado. Portanto, “o acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem e suas demanda, com a resolutividade necessária para o caso em questão” (BRASIL, 2009, p. 17).

A equipe ainda discute a classificação de risco como ferramenta de identificação de prioridades para o atendimento na unidade. Utilizam a ferramenta não apenas para as consultas médicas, mas para o atendimento integral pela equipe de saúde no sentido de buscar a equidade.

Tulipa: Não tem sistematizado a classificação, acho que o 3 tinha, o 4. Segundo uma classificação teórica baseada naquela classificação teórica

que eu acho que a professora E. trouxe a gente nunca fez, mas fez classificação de risco o tempo todo na prioridade, olhando a equidade. (G3)

Essa classificação de risco e priorização do atendimento nos remete à acessibilidade organizacional, discutida por Fekete (1997, p.118) como sendo “a dimensão representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da unidade de saúde.” Estes obstáculos podem estar presentes na entrada da unidade quando, por exemplo, há um engessamento das agendas ou horários definidos para ser realizado o agendamento, provocando demora na obtenção de um atendimento ou quando os turnos de funcionamento da unidade não são compatíveis com a disponibilidade de horário de parte da população (trabalhadores, por exemplo); ou no interior da unidade quando o tempo de espera para consultas especializadas ou para exames laboratoriais é longo, o que, de certa forma pode estar sujeito aos problemas existentes com referência e contra-referência e com a dependência que as unidades básicas têm de outras instâncias que façam esse agendamento. Estes aspectos despontam nas discussões quando os trabalhadores se referem ao tempo que a Secretaria da Saúde (por meio da Central de Agendamento) leva para agendar uma guia para consulta especializada. Ainda quando trazem a conversa para dentro da unidade, os trabalhadores citam o acolhimento e a classificação de risco para pensar o acesso à agenda. Aparece também um movimento de considerar a pressão do usuário para diminuição do tempo de espera para o atendimento.

Narciso: Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços?

Tulipa: Olha a gente faz isso... Não sistematicamente, né?

Gardênia: Não é sistemático.

Tulipa: Olha no livro, olha foi esta prioridade, quanto tempo demora para a prioridade retornar para o agendamento. Isso é feito ainda de uma forma não sistemática. Se for uma monitorização sistematizada, eu diria não! Então é aquele meio, metade do caminho e isso é uma coisa que está sempre, quanto tempo leva uma pessoa uma família que chega na área, para acessar agenda pra consulta se esta é a demanda? Depende da época do ano não vai nem uma semana.

Gardênia: Depende do que, qual é a necessidade por isso que a gente analisa, se for prioridade se é criança, gestante...

Tulipa: É imediato!

Gardênia: Um caso mais complexo a gente atende na mesma semana! Da um jeito! Dá-se um jeito agora! Se é uma família eletiva! Ah! quer fazer o GO de rotina? Quer fazer uma avaliação? Quer começar o seguimento? Ou quer fazer... Vai para a primeira vaga! Vai para primeira vaga normal da agenda. Agora, a gente analisa cada caso! Qual é a necessidade.

Tulipa: E às vezes a necessidade vem por pressão! Uma família que trouxe um familiar que sofreu um acidente há um ano atrás queria acessar o HC para fazer uma correção da seqüela do acidente. Foi quase que cinco dias já estava na agenda! Fez-se o cadastro... Entre chegar, fazer o cadastro, consultar e mandar fazer a guia...

Gardênia: Foi cinco dias úteis.

Tulipa: Então isso acho que a gente não tem só...

Gardênia: Não tem sistematizado. Mas eu acho... É muito difícil um caso novo, vamos supor, que não tenha prioridade, que o tempo de espera ser maior que sei lá 40 dias 45 dias, não chega a dois meses. (G4)

Ainda, através da classificação de risco e pelo conhecimento que têm sobre a população adscrita, a equipe planeja as ações para o cuidado das famílias, utilizando também outra ferramenta da Estratégia Saúde da Família que é a visita domiciliar. A atividade é realizada por todos os membros da equipe dentro de suas especificidades. Citam, durante as discussões, as finalidades da visita domiciliar, como o estabelecimento de vínculo, identificação de riscos, seguimento clínico, consultas domiciliares, qualificação do serviço (acompanhamento, qualidade, responsabilidade e vínculo).

Palma: Pode ser para estabelecer um vínculo maior com o paciente que já é dela, ou pra ver alguma situação...

Sempre-viva: Isso! Pra verificar se está tomando medicação corretamente porque é uma medicação que ela... identifica adesão... [...]

Camélia: Pode ser trabalhado algum seguimento clínico, de alguma comunidade, o acompanhamento da consulta domiciliar...

Sempre-viva: Pode ser porque tá faltando demais!

Camélia: Para ajudar a identificar, por exemplo, algumas situações de risco que tem aquela família... (G1)

Parece que mais um dos princípios da Atenção Básica é trazido nessas discussões, pois o conhecimento sobre as famílias e pessoas residentes na área de abrangência, segundo Takeda (2006) “a longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo” que parece existir quando falam da utilização da ferramenta da visita domiciliar, por exemplo, para a consolidação de vínculos e acompanhamento das pessoas. Esse conhecimento dos atendimentos habituais das pessoas permite que aconteça a coordenação do cuidado, que aparece nas discussões quando é demonstrado que a equipe está ciente dos atendimentos das pessoas dentro e fora da unidade. Os usuários atendidos pelo NSF quando necessitam de atendimento em outro lugar pedem ajuda à equipe, que tenta se prontificar a colaborar dentro das possibilidades para a resolução do problema.

Tulipa: Ontem foi um exemplo típico. Teve uma urgência psiquiátrica o paciente foi regulado sugerido de aguardar na distrital. Os familiares ligaram aqui para que a Gardênia agilizasse a internação porque lá no plantão ele era um ser perdido nas imensas, na imensa bacia de urgências. Foi possível ou? [...]

Gardênia: Eu falei na regulação, falei lá, falei com um médico...

Tulipa: As negociações que estavam nesse...

Gardênia: Foi possível fazer, a gente tentou fazer.

Tulipa: Aquela outra moça que a bebe ia ser transferida da Mater a gente tentou monitorizar como é que seria isso, tem uma que o marido ligou aqui pedindo uma ajuda. (G4)

No entanto, ainda não utilizam o SIAB em todo o seu potencial. O sistema permite que sejam identificados os tipos de atendimento realizados, porém esses dados não são avaliados de maneira a realizar o monitoramento desses atendimentos. A equipe entende que faz o monitoramento e apenas não faz o registro, o que, de certa forma também prejudica a comunicação entre os membros da equipe. O prontuário individual e familiar é considerado como instrumento para monitorar os atendimentos realizados, bem como os encaminhamentos e a espera pelo agendamento, pois a demanda por agendamento de

consulta na unidade é registrado em prontuário, bem como o dia do agendamento possibilitando esse monitoramento. O instrumento da AMQ nesse momento permite que a equipe vislumbre mudanças para o futuro de maneira a melhorar a utilização da ferramenta, bem como pense sobre a utilização de outras ferramentas criadas pela própria equipe para monitorar os tipos de atendimento realizados.

Sempre-viva: Vamos lá! A equipe de Saúde da Família monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação verificando o percentual de atendimento.

Silêncio [...]

Gérbera: Eu entendi que é assim: que você monitora se a pessoa veio pra... porque ela quer dentista, porque ela quer, vamos supor, receita, porque ela quer encaminhamento para outro serviço porque ela precisa de uma especialidade... [...]

Camélia: Se for pensando pelo seu ângulo a gente acaba avaliando isso pelo SIAB, né? Quantos atendimentos a gente fez, quantos a gente precisa fazer... (G3)

Palma: Mas aí, ô Sempre-viva... Lê a 4.16 pra você ver, ó: a equipe de Saúde da Família dedica uma reunião mensal a avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações? Aí entra a coisa de a gente programar para mostrar o fechamento do SIAB. Aí todo mundo vai... porque nem todo mundo dá pra acompanhar o fechamento do SIAB

Sempre-viva: ãhã

Palma: [...] E além disso, no acolhimento tem um impresso de todas as pessoas que chegam. Chegou pra consulta e ticado numa folha a parte, chegou pra eventual tem um outro registro: veio buscar o quê? Qual foi a resolução?

Sempre-viva: Buscar receita, guia de exame...

Palma: Já foi feito o levantamento. Agora esse ano, o ano passado eu estou meio por fora!

Angélica: então vocês estão respondendo que há a possibilidade de fazer esse monitoramento através até desse registro...

Palma: Também! [...] (G3)

O instrumento da AMQ também traz à tona discussões que permeiam os princípios da Atenção Básica permitindo que a equipe repense atividades que não são realizadas e atividades que são realizadas, mas que podem melhorar no sentido de buscar essa modificação para o futuro.

Interessante notar que algumas questões trazidas pelo instrumento, a princípio foram negadas pela equipe, mas no processo de discussão, os trabalhadores concluíram que elas eram realizadas, ainda que não exatamente como solicitado pelo instrumento. Isso permitiu aos trabalhadores uma reflexão acerca do que vem sendo feito no dia-a-dia de trabalho desta unidade e, inclusive, permitiu que algumas atividades antes vistas como simples tarefas fossem valorizadas por eles mesmos.

Também permitiu que os princípios da Atenção Básica presentes no dia-a-dia do trabalho fossem identificados, apontados, compreendidos e valorizados pelos próprios trabalhadores permitindo uma melhoria das condições de trabalho e consequentemente uma melhoria no atendimento à população sob responsabilidade desta equipe.

4.2. A equipe na Saúde da Família – construção de possibilidades?

Vários trabalhadores, de diferentes categorias trabalhando juntos em um determinado espaço, não é novidade nas unidades de saúde. Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros profissionais estão presentes em hospitais, unidades de básicas de saúde e outros espaços, porém, tem-se constatado que o trabalho tem sido fracionado e as categorias trabalham paralelamente (ANDRADE *et col*, 2006).

Peduzzi (2001) aponta que o trabalho em equipe se coloca como uma possibilidade de quebrar esta perspectiva de trabalho fracionado e especializado e enfrentar os “novos” problemas e necessidades de saúde presentes na população. A autora discute ao menos duas tipologias para a organização do trabalho em equipe: equipe agrupamento de agentes e equipe integração de trabalhos. O quadro abaixo ilustra os elementos indicados por Peduzzi (2001) como presentes para as tipologias do trabalho em equipe.

Quadro 3. Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe agrupamento	Equipe integração
Comunicação externa ao trabalho	X	
Comunicação estritamente pessoal	X	
Comunicação intrínseca ao trabalho		X
Projeto assistencial comum		X
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados		X
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho		X
Autonomia técnica de caráter interdependente		X
Autonomia técnica plena	X	
Ausência de autonomia técnica	X	

Fonte: Peduzzi (2001, p. 105).

A primeira tipologia – *equipe agrupamento* - se caracteriza pela fragmentação do trabalho, prática do modelo biomédico, centrado na consulta médica e na qual cada trabalhador “cuida do seu pedacinho”. Na segunda tipologia – *equipe integração* - está presente a articulação do trabalho na busca da integralidade da atenção, a interação dos agentes e articulação das ações, com a conformação de linguagem, objetivos e cultura comuns e a construção de projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001).

Na estratégia Saúde da Família a proposta presente é que haja uma conformação na organização do trabalho que permita a experiência da equipe integração. Esta organização se daria de maneira a possibilitar a articulação das categorias profissionais entre si, permitir espaços de discussões para buscar alcançar a integralidade da assistência; ou seja, o

enfrentamento de problemas biológicos, psicológicos e socioculturais, individuais e coletivos da população adscrita com a valorização do trabalho e dos saberes de todos os membros da equipe, com a preocupação da produção de cuidados que qualifique a vida dos usuários.

Com a estratégia de Saúde da Família surge também um novo profissional na equipe, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que traz consigo saberes e conhecimentos que estão mais próximos da população assistida pela equipe por serem moradores da área de abrangência e, portanto, conhecerem o território, as pessoas e seus problemas. Na perspectiva da conformação da equipe integração (PEDUZZI, 2001), estes saberes precisariam ser respeitados na nova equipe para que os conhecimentos de cada trabalhador pudessem ser utilizados e aplicados para a resolução dos inúmeros problemas que chegam até a unidade de Saúde da Família e, conseqüentemente, para buscar a melhoria da qualidade de vida da população.

Cabe destacar que, apenas mais recentemente a Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, cria a profissão do ACS, o Decreto nº 3.189/99, fixa diretrizes para seu exercício profissional e a Portaria GM/MS nº 1.886/97 estabelece suas atribuições (BRASIL, 2004a). Além disso, o Ministério da Saúde tem se empenhado em incentivar e encaminhar a estrutura curricular para a formação do técnico em Agente Comunitário de Saúde de maneira a atender ao perfil de competência traçado para este profissional (BRASIL, 2004a). Contudo, este é um processo ainda em andamento, com distintas fases de implementação nas diferentes regiões do país. Ao considerarmos que o ACS, portanto, ainda não possui formação formal em saúde (ou doença) e que traz para dentro dos serviços de saúde saberes populares, uma vez que representam de certa forma os usuários que buscam atenção neste espaço, estes muitas vezes não são vistos com “bons olhos” por outros membros da equipe ou não são valorizados até mesmo por eles próprios (SAKATA, 2009).

Segundo Andrade (2006, p.92), faz-se necessária a construção de um novo campo de saberes comum a todas as categorias, que provoque a “inserção dos conhecimentos e habilidades de cada categoria” na tentativa de promover a qualidade de vida. Para Campos (2000, p. 220), este campo de saberes seria constituído como um “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

No entanto, esta tem sido uma das maiores dificuldades na implantação e implementação da ESF, pois essas habilidades não são, ainda, objeto do processo ensino-aprendizagem dos cursos de graduação (ANDRADE, 2006).

Assim, o instrumento da AMQ, em seu conteúdo, traz questões que levam os trabalhadores a pensar sobre o seu trabalho e sobre como estão realizando suas atividades no sentido de alcançar o objetivo do trabalho (realmente) em equipe.

Em alguns momentos durante as discussões fomentadas pelas questões colocadas pelo instrumento, as respostas são dadas (ou discutidas) pelos membros da equipe que têm

formação de nível universitário, principalmente quando se trata de lidar com situações de doença (por exemplo, sinais de desidratação infantil).

Violeta: Todos os membros da equipe Saúde da Família estão habilitados para reconhecer e orientar ações no caso de desidratação infantil?

Algumas pessoas: Sim!

Silêncio [...]

Camélia: É! Não sei, porque quando você tem que avaliar: olha, essa criança é desidratada, tem que dar soro infantil, soro de reidratação oral... Tudo bem! Se for isso... Agora, a criança está desidratada, olha: tem que dar tantos ml, aí é uma coisa mais específica... [...]

Angélica: O padrão refere-se a todos os membros da equipe de Saúde da Família, 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 desidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácia.

Silêncio

Gardênia: Eu acho que está dentro! Alguém não sabe os principais sinais de desidratação?

Tulipa: Eu acho que não dá pra dizer que todo mundo sabe.

Camélia: É talvez a gente precisasse fazer um seminário.

Tulipa: Isso é desafio, é desafio. (G6)

Parece que há um medo em assumir a responsabilidade de o agente comunitário de saúde saber identificar, nas visitas domiciliares ou mesmo dentro da unidade, os sinais de desidratação em crianças. Porém, conseguem pensar em realizar atividades educativas com a equipe para que a mesma fique habilitada a reconhecer esses sinais, mas colocam isso como um desafio e não como uma probabilidade.

Outro elemento que merece destaque refere-se à forma de organização do trabalho, sendo que mesmo entre os profissionais de formação universitária há uma marcada fragmentação do cuidado. Durante a discussão, negam que realizam determinada atividade que, nas entrelinhas parece ser realizada por todos da equipe.

Vani: A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos?

Tulipa: Não existe saúde bucal aqui. A equipe é a equipe mínima. A faculdade está aqui, mas não é como equipe de saúde bucal. Pra mim é não! Tem uma prioridade de visitar os menos de 2 anos, mas não acompanha assim. [...]

Angélica: O padrão refere-se à equipe possuir o registro da população até 5 anos e acompanhá-la em relação a saúde bucal no mínimo quanto ao desenvolvimento da dentição, manutenção da saúde bucal, e permanência de hábitos orais nocivos ao desenvolvimento da oclusão, chupeta por exemplo e inclui aqui incentivo ao aleitamento materno e orientação aos pais.

Tulipa: Se isso não é da equipe de odontologia é sim! Porque é puericultura normal, que é visto uma anormalidade já sugere uma interconsulta da odonto. Isso é a rotina! Se isso é só da equipe mínima é sim! Vários casos que pede interconsulta.

Angélica: Quando vocês vêem esse padrão vocês enxergam como? Sendo da equipe mínima ou só da equipe de saúde bucal?

Tulipa: Quando fala acompanhamento eu tava imaginando, ir ao dentista fazer o flúor, aquela orientação mais especializada... Agora se é pela equipe... [...] O que a gente percebe é que como a odonto se aproximou nos últimos 4-5 anos... isso foi até depoimento. Não sei de qual dos médicos, que antes via só a orofaringe, que agora... Foi você, né? Que agora existe uma preocupação de olhar a cavidade bucal mais completa. Então, nesse sentido

se é para a equipe, eu diria sim. Se a Sempre-viva foi visitar uma criança e é visível a falta de higiene, nos vamos comentar aqui que rumo vamos tomar. Agora ela não vai abrir a boquinha de ninguém pra ver se... (G7)

No entanto, as atividades realizadas com uma maior articulação entre os membros da equipe parecem não ser valorizadas pelo conjunto dos trabalhadores e as “grandes” decisões são tomadas apenas por alguns de seus membros. Esse fato explicita o conflito e a disputa de poder entre os trabalhadores, pois existe uma hierarquia quanto às decisões tomadas. O conflito fica claro em alguns pontos da discussão quando, por exemplo, uma das categorias é questionada quanto ao seu trabalho (ou a ausência dele) e isso causa desconforto.

Sempre-viva: É verdade... O que a gente estava fazendo... Na verdade a primeira era só pra conversar sobre o instrumento, mas nós fomos abelhudos... e aí, a primeira e a segunda pergunta dela deu um pouco de polêmica. [...] a segunda pergunta também deu um pouquinho de polêmica com relação à visita, se ela é uma atividade de todo mundo. Deu um pouquinho de polêmica levantada um pouco por mim, um pouco pela Camélia de que nem todo mundo faz visita permanente. Gardênia citou você que, por causa dos alunos não está fazendo... (G2)

Também está presente o conflito quando aparecem as críticas ao trabalho (ou não) de outra categoria como, por exemplo, a não realização de visitas pelo pessoal de enfermagem. Com a fragmentação do trabalho, a recepção da clientela absorve muito do tempo do trabalho da enfermagem, pois é a essa categoria (e parece que só a ela) que é referido este trabalho, que apesar de, muitas vezes, impedir que a categoria realize visitas domiciliares, por exemplo, é considerado também muito importante (principalmente pela própria categoria) e imprescindível.

Azaléia: Eu acho que tá todo mundo querendo... eu vejo nas reuniões de sexta feira as meninas da enfermagem, todo mundo, falando assim: gente, eu queria mais fazer meu trabalho de auxiliar. E também pra cuidar da população elas ficam aqui como retaguarda e às vezes não consegue sair para fazer essa visita, ou mesmo a Gardênia, como foi discutido antes, para poder dar assistência aqui, porque isso também é cuidado!

Tulipa: Isso não é trabalho de um auxiliar?

Azaléia: Como?

Gérbera: Isso também é cuidar!

Tulipa: Isso não é trabalho de um auxiliar?

Azaléia: É, Tulipa, mas elas falam que elas querem sair ao invés de ficar no serviço burocrático! Atendendo telefone [...]

Azaléia: Será que você faz tantas visitas? Não, não faço, mas não é por vontade! É até por conta de todo o trabalho, por isso é que tá com visita reduzida assim. Ou não!

Silêncio (G1)

Sempre-viva: [...] Por exemplo, com férias e alguma outra coisa, até a Gérbera e a Estrelizia não conseguem fazer as visitas delas! Porque elas estão no acolhimento, porque a outra, por exemplo, está de férias e a Gérbera tem que ficar no acolhimento e aí não sai a visita... [...] (G1)

Ainda, aparece durante o processo de auto-avaliação, a comparação entre o trabalho dos diversos membros da equipe, no sentido de avaliar a produção numérica demonstrando uma competição em termos de quantidade e não de qualidade (se eu produzi mais é porque eu trabalhei mais e o outro trabalhou menos) do trabalho.

Gardênia: Como a Tulipa falou quando a gente tinha a turma do Antúrio [residente que passou pela unidade em outro momento] o que a gente fazia era assim: era o um, dois, o três, o quatro (mostra o quadro), o cinco porque na época a gente tinha cinco residentes e o médico contratado. Então: tantas visitas, cada um fez tantas visitas. Ô por que que Fulano fez duas visitas o mês inteiro se ele tem três horas pra fazer visita (por semana). O que está acontecendo? Eu também... por que que eu naquele mês eu fiz menos visitas... Nós víamos o quadro com todos os dados da enfermagem, das agentes... (G2)

Tulipa: Eu olho e vejo a relação consulta médica/consulta de enfermagem... Consulta do enfermeiro. Visitas de todas as categorias, mas não... [...] (G2)

Em outros momentos surgem embates durante as discussões. Estes embates explicitam certa disputa do poder do saber e do conhecer (a população, o SIAB, o território) entre os membros da equipe. Tal situação se mostra presente, por exemplo, quando os trabalhadores são levados a pensar sobre atividades que deveriam ter sido realizadas e discutidas em equipe para que se procedesse a uma avaliação e, conseqüentemente, para que fossem melhorados os indicadores como, por exemplo, o número de gestantes adolescentes da área como no fragmento abaixo.

Tulipa: [...] Houve redução dos casos de gravidez não planejada em adolescentes em acompanhamento. Eu acho que a gente não tem parâmetro.

Gérbera: Eu acho que sim porque a partir do momento que ela vem aqui com 15 anos e quer iniciar a anticoncepção prá ela é redução.

Tulipa: Não é assim Gérbera. Você teria que monitorizar qual é a incidência de gravidez adolescente, então você tem que monitorizar numa série histórica. Ai você olha a incidência em 2002, era 10, em 2009 era 5, daí houve redução. O que eu vejo...

Sempre-viva: Eu acho que a gente até tem no SIAB. Se a gente entrar no SIAB a gente vai saber porque tem lá...

Tulipa: Gravidez em menor de 21...

Sempre-viva: Gravidez menor de 21, então a gente vai ter lá. Mas, assim, se você falar que a gente sabe de cabeça ou no papel...

Tulipa: A redução ela não é monitorizada. Eu tô lembrando aqui de 2 famílias que nós acompanhamos nos últimos 11 anos que é a família da X. e a família da V. Nos últimos 12 anos houve incidência e reincidência de gravidez na adolescência apesar da nossa atuação.

Gérbera: Mas ela não é mais adolescente, Tulipa.

Tulipa: Se você pegar a série histórica de 2000 pra cá vai falar na redução, você não pode falar de redução só porque você ofereceu contraceptivo. Mas, na hora que você fala na família que teve reincidência ela já não entra mais no padrão de adolescente. Pra hoje porque ela já entrou.

Gérbera: Entrou há 5 anos atrás. Depois os outros não são mais porque já passou da fase, já é maior.

Tulipa: Nós temos ainda casos de gravidez na adolescência na área. Se é mais ou menos isso eu não tenho...

Gérbera: Das nossas gestantes não tem nenhuma menor!

Tulipa: Tem!!

Gérbera: Agora, atualmente não, Tulipa.

Tulipa: Tem 2 casos novos.

Gérbera: Menor de 18?

Tulipa: Menor de 20.

Sempre-viva: No SIAB tá de 19!

Gérbera: Tá 19. [...] (G7)

A equipe prefere não responder a pergunta, pois não fazem o monitoramento da incidência de gravidez na adolescência (apesar do dado estar no SIAB). Os trabalhadores

justificam a falta do conhecimento do dado pela maneira com que está colocada a pergunta no instrumento, pois entendem que é solicitada uma avaliação sobre a população estimada da área e não da população cadastrada, parecendo que ao se dizer isso, a equipe se isenta da responsabilidade de saber o dado, pois não há a possibilidade de conhecer tudo.

Apesar dos conflitos e das discordâncias aparece a proposta de se fazer o levantamento (no caso da incidência de gravidez na adolescência na população adscrita) olhando para os dados do sistema de informação, pois há a clareza da possibilidade de buscar o dado no SIAB e iniciar o monitoramento.

Sempre-viva: Porque a gente não sabe, se a gente for lá no computador agora a gente vai saber!

Tulipa: Não vai também, né Sempre-viva, porque nem todo mundo que tá lá não é a população absoluta. A Palma tem duas gestantes...

Gérbera: Mas, está os cadastrados. Todos os cadastrados estão lá no SIAB.

Sempre-viva: Tá os cadastrados. [...]

Tulipa: Eu acho que não dá pra responder, não é objeto da equipe isso. Nós não chegamos aqui em 99 e dissemos olha nessa área que o núcleo esta se assentando existe um padrão de 20% das gestantes, são na fase da adolescência, daqui a 10 anos nós vamos ver qual é a incidência. (G7)

Os dados encontrados corroboram com Peduzzi (2001) quando a autora diz que, na prática, ainda não é possível enxergar a articulação entre os diversos saberes e práticas dos membros da equipe. O que se vê é, realmente, o trabalho fracionado, no qual cada um dos membros tem sua atividade pautada nos seus próprios saberes e “deixa” para o outro a tarefa seguinte, não “entrando” no trabalho do outro ou não permitindo que o outro entre no seu trabalho. Em muitos momentos no processo de reflexão empreendido, embora os embates se coloquem não se explicita a existência das disputas, do confronto entre o saber e o não saber. As relações hierárquicas são subliminarmente obedecidas para a manutenção de certa “ordem” na equipe.

Porém, é possível notar a potencialidade que a equipe tem de ver a necessidade de articulação dos diversos fazeres e saberes e da troca de conhecimentos de maneira a buscar a melhoria da qualidade da assistência prestada à população adscrita. Assim, o trabalho articulado, valorizando os diferentes olhares e diferentes saberes pode ser uma parte do caminho a ser percorrido para a obtenção da melhoria da qualidade de vida da população.

4.3. Reflexões sobre o trabalho na unidade de saúde da família

Como já apontado anteriormente, foram utilizados os instrumentos nº 4 (Consolidação do modelo de atenção) e nº 5 (Atenção à Saúde) no processo de discussão da equipe. Enquanto o instrumento nº 4 traz aspectos mais gerais relativos à organização do trabalho (organização do trabalho em saúde da família, acolhimento, humanização e responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária e controle social, vigilância à saúde), o instrumento nº 5 da

AMQ apresenta questões para discussão mais pontual sobre a realização de atividades ligadas ao atendimento à saúde da mulher, criança, adulto, idosos, etc.

O conjunto dos aspectos ou das dimensões apresentado nos dois instrumentos permitiu que a equipe pudesse ir construindo certo percurso no processo de reflexão e análise de seu trabalho, que poderia ser descrito por movimentos de resistência e de exame crítico do que realizam com inflexões bastante importantes na busca de alternativas de qualificação da atenção à população de sua área de abrangência. Tais inflexões foram demonstradas nos movimentos de vai e vem que a equipe faz quando ora reflete sobre o trabalho realizado, ora responde sem pensar; ora remete-se ao passado com certo sentimento de perda, ora pensa no futuro como uma possibilidade de mudança e melhoria de qualidade da atenção prestada; ora diz que realiza uma atividade e a contradição aparece logo depois...

Além destas questões, outro movimento importante é a perspectiva que se faz presente da equipe refletir sobre a especificidade de ser um serviço escola e nas outras atribuições que essa função traz aos seus trabalhadores.

Tentamos organizar esse tema traduzindo esse movimento constante nas discussões da equipe, de maneira a ser o mais fiel possível aos sentimentos dos trabalhadores, visto que este tema – a reflexão acerca do trabalho – e o processo que essa reflexão provoca é o objeto principal desta investigação.

4.3.1. A organização do trabalho a especificidade do serviço escola

Os Núcleos de Saúde da Família (NSF) do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto, como já apontado, são unidades de saúde ligadas à Universidade de São Paulo e por essa especificidade recebem estudantes de enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, dentre outros e médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Além disso, os NSF são responsáveis pela assistência nas clínicas básicas (clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria), bem como pela assistência de enfermagem das cerca de 3.000 famílias cadastradas. A assistência odontológica é realizada pelo Centro de Saúde Escola – UBDS Sumarezinho através de encaminhamento feito nos atendimentos nos NSF. Ainda, os NSF têm sido bastante utilizados para a coleta de dados para pesquisas dos alunos dos programas de Pós-Graduação e Graduação das unidades da Universidade de São Paulo.

Essa especificidade dos NSF traz para a equipe, além das atribuições com a assistência à saúde da população, a função de auxiliar na formação de estudantes de diferentes cursos de graduação da área da saúde e na coleta de dados para pesquisa ou até mesmo ser objeto/sujeito de estudos desenvolvidos no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*.

Apesar de a proximidade com a Universidade, no geral, ser benéfica ela traz uma carga extra de trabalho que é percebida por todos os membros da equipe. Nas discussões

esse fato aparece quando são chamados a refletir sobre algumas atividades que deveriam ser realizadas e que muitas vezes não são. Essa ausência, para os trabalhadores, encontra justificativa nessa especificidade. Buscam explicações, por exemplo, no número reduzido de trabalhadores da enfermagem e as atribuições que são dadas a essa categoria em relação ao número elevado de profissionais médicos (contratado e residentes de Medicina de Família) que traz consigo um aumento de trabalho no sentido de ter de atender um número maior de consultórios médicos funcionando e de ter algumas atribuições como guarda de exames, circulação de salas, realização de pré e pós-consulta, bem como se referem às pesquisas realizadas na unidade, fatos que fazem do NSF um espaço de trabalho diferente.

Há um entendimento entre os trabalhadores de que a presença de estudantes/residentes no ambiente de trabalho/ensino impede o bom andamento e a produção das atividades propostas pelo Ministério da Saúde para as equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família, pois o aumento da quantidade de serviço interno na unidade, provocado pela presença deles não é compatível com os estudos de dimensionamento de pessoal.

[não são realizadas visitas pela médica da equipe.]

Gardênia: Por conta...

Sempre-viva: De ter alunos, de ter que supervisionar, de não ter horário...

Gardênia: De não ter quem fique no horário que eu fazia, porque eu fiz muitos anos. Todo mundo sabe que eu fiz até há pouco tempo atrás, semanalmente, religiosamente quatro a cinco visitas por período, que era de segunda feira.

Sempre-Viva: não, mas aí...

Gardênia: Aí, tinha uma pessoa que ficava aqui dando supervisão, que era a I. A gente direcionava um pouco esse tipo atendimento que era agendado e eu saía e não tinha preocupação. Eu saía com aluno, com residente ou ia só eu com as agentes comunitárias, com as auxiliares de enfermagem, com a Tulipa para visita... e isso foi se perdendo, então... Nesse ano eu fiz visita! Eu fiz visita fora do meu horário de trabalho, após as 17 horas que não tinha aluno, fui visitar o Seu X, fui visitar a Dona Z várias vezes, mas não é assim... eu não tenho um dia fixo mais, não consegui mais ter...[...] Mas de visita sistemática! Falando de visita sistemática! Tem seu horário, você sai e aquele horário você agenda suas visitas! Eu tinha pacientes acamados que eu visitava com uma certa regularidade e isso eu não consigo ter mais. Agora tem uma promessa da Camélia que, provavelmente, a partir de agora...

Camélia: É isso foi lembrado...

Gardênia: 2010 eu provavelmente vou fazer visita de quinta feira de manhã, porque ela vai vir com os alunos da ASC 2, não sei qual ASC, vai ficar aqui, ela tem um momento de concentração, vocês (médicos residentes) vão estar na aula, ela vai dar a retaguarda e eu vou sair. Provavelmente na quinta de manhã eu só vou ficar em função da visita e do grupo de diabéticos... (G2)

Demonstram esse fato também quando se remetem ao passado dizendo que atividades eram realizadas anteriormente, mas o aumento do número estudantes/ residentes e o conseqüente crescimento do volume de trabalho impedem que atividades como a análise dos dados e da produção ou visitas domiciliares e participação em grupos educativos possam ser realizadas atualmente.

Tulipa: Mas por que ela não faz, Camélia? E aí eu acho que vale uma conversa que eu considero como feito, né? É a mesma estória de quando você supervisiona o trabalho do outro, se você está prestando assistência

direta ou não. Isso dentro da enfermagem é uma conversa que rola há anos. Eu entendo que sim. Para que ela saia da unidade para fazer um procedimento da visita, entre janeiro e outubro é preciso ter alguém aqui para fazer a supervisão. E quando ela fazia as visitas sistemáticas às segundas-feiras... [...] ela fazia toda segunda feira visita sistematizada e a Acácia era a pessoa que fazia a interlocução com a pediatria, toda segunda a tarde estava aqui. A Gardênia ia tranqüila porque a Acácia não discutia só as questões de pediatria. Passou a fazer de terça pra ter retaguarda da Crisântemo... [...] Falta sentar e por isso de uma forma mais clara? A hora que a Gérbera faz, a hora que o aluno faz... então eu considero... eu não estou na visita da Gérbera diretamente... estou indiretamente... (G1)

Também ficam claras a intenção e desejo em realizar as atividades, a reflexão que fazem acerca da diferença entre as visitas realizadas por estudantes/residentes ou pelo profissional da equipe, e a dificuldade na supervisão dos estudantes/residentes dentro e fora da unidade. As discussões sobre o que é supervisionar e as dificuldades encontradas pela equipe permeiam as conversas da equipe e suas reflexões.

Papoula: [...]... outro dia eu ouvi que ela tem uma intenção que ela quer...

Sempre-Viva: É! Exatamente! Também tem isso! Ela tem muito interesse em voltar a fazer visita. [...]

Camélia: Não, não, peraí! Eu acho que tem uma discussão de um planejamento para o próximo ano que ela volte a fazer essa atividade.

Tulipa: É!

Camélia: mas uma coisa é o residente ir, outra coisa é o médico!

Papoula: ...por exemplo, outro dia... numa visita minha... eu tinha dúvida com a perna da Dona T.! Se a Camélia não tivesse ido junto com os meninos até hoje eu estaria! Ah! Sei lá! Porque na verdade... eu não tenho... é difícil... (G1)

Quando estão falando sobre visitas domiciliares, por exemplo, ora entendem que não é possível atender “esse parâmetro que o Ministério coloca”, pois, a equipe tem muitas atribuições internas, ora dizem que “pode ser que tenha até mais porque eu abro visita de terça e de quinta” e também se referem às visitas realizadas fora do horário.

Tulipa: Por que? Porque você tem atividade internas... se fosse uma equipe, se fosse um médico só, uma sala de consulta você teria como prescindir de um auxiliar. Hoje, com seis salas, cinco funcionando com consulta médica e todas as atribuições da unidade básica antiga, a hora que vai dimensionar o pessoal, não é possível. Esse parâmetro que o Ministério coloca, ele coloca pensando numa unidade básica onde você não faz pré e pós-consulta, circula sala, guarda exames... Eu não sei como é que eles pensam... Não é possível. Com essa atividade estendida, com essa equipe hipertrofiada, dois auxiliares e um enfermeiro ter doze horas de visita da enfermagem por semana! Pode ser que tenha até mais porque eu abro visita de terça e visita de quinta.

Gérbera: e às vezes faz alguma fora do horário!

Tulipa: e às vezes faz alguma fora do horário! Se a gente pensar na categoria do auxiliar e do enfermeiro, não dá! (G1)

Ou referem-se à função de supervisão dos membros da equipe em relação ao trabalho dos estudantes/residentes quando a atividade é realizada por eles sob supervisão (direta ou indireta) do profissional dentro ou fora da unidade.

Tulipa: [...] Eu estou pensando assim, não vejo como, hoje, concretamente, dar retaguarda dentro e estar fora! Porque na medida em que eu escuto a fala da Papoula: não foi! Os pacientes da Gardênia não recebem visita! Todos são pacientes da Gardênia! Todos! Todos ela responde! Todos! (G1)

Referem-se à necessidade de ter uma pessoa para supervisionar, para dar a cobertura aos alunos dentro da unidade para que o profissional fique livre para realizar suas atividades, pois são muitos alunos para um único profissional (ou cobre os pés ou cobre a cabeça).

Tulipa: Uma outra conversa que eu acho que vale a pena são as características dos serviços escola. Os serviços escola tem que ter algum tipo de supervisão. [...]

Camélia: mas a visita deve ser feita inclusive com, por ser um serviço escola!

Tulipa: Não, Camélia!

Camélia: Ela ir com um aluno!

Tulipa: São muitos! É que cada vez sai fica um descoberto porque aqui dentro não tá tendo quem faça a supervisão.

Camélia: Você vê, ontem a tarde também não tinha!

Tulipa: Não!

Camélia: E era uma atividade que a gente, ó a Gardênia não vai estar aqui...

Tulipa: mas alguém vai ficar! Ou cobre as pernas, ou cobre a cabeça, ou cobre os pés ou cobre a cabeça! (G1)

Nesse momento é trazida à tona a questão da diferença do serviço escola de outros serviços apenas assistenciais. Não é possível fazer a supervisão dos alunos dentro da unidade e, ao mesmo tempo, sair para realizar visitas domiciliares ou outras atividades, sem preocupações.

Então, como a produção do estudante/residente é feita sob a supervisão de um dos membros da equipe, essa “produção” (numérica) das visitas realizadas pelos estudantes/residentes é computada no sistema de informação para o trabalhador que fez a supervisão, ainda que indiretamente.

Gérbera: Sim, ué! Só a Gardênia que não vai, mas os residentes todos vão! [...]

Gérbera: Só a Gardênia que não vai porque tem coisa aí que não deixa ela ir! Mas vai! Indiretamente mas vai!

Tulipa: Se responder que não tem visita médica nós vamos ter que pensar num modo [...] Eu estou pensando aqui se alguma visita domiciliar necessária, imprescindível ou essencialmente médica ou alguma visita essencialmente da categoria médica deixou de ser feita nos últimos dez anos? Núcleo de competência...

Gérbera: Claro que não!

Tulipa: Eu estou pensando! Essa é uma pergunta que eu não tenho ainda uma resposta fechada! Me parece que não, mas eu acho que a gente precisa refletir sobre isso. (silêncio) se alguma essencialmente do núcleo de competência do enfermeiro deixou de ser feita? (silêncio) [...] Eu penso na categoria porque é a nossa velha discussão, Camélia! Da enfermagem; supervisão é assistência direta [...] essa é a minha opinião!

Camélia: Mas eu acho que sim, pensando na categoria.

Sempre-Viva: Não, e eu conheço...

Camélia: Pensando nos profissionais, não... (G1)

Apesar de existir o desejo e de afirmarem a importância da realização do cuidado, também pelos membros da equipe, analisam o trabalho realizado através da contabilização numérica da produção informada pelo SIAB.

Tulipa: Então vamos pensar que um serviço escola... teria que ter a sistematização pra todos. Se considerar que a médica contratada tem que ficar com os alunos...

Papoula: Não, não!

Sempre-Viva: Não! Ela tem de fazer a visita dela!

Camélia: O que eu estou discutindo é que a visita da médica contratada ela é contabilizada pela visita dos alunos e residentes, mas é diferente! Eu sentia muita diferença entre ir fazer visita...

Tulipa: Mas aí você fazia com o aluno?

Camélia: Ia com o aluno... ou ia com grupo...

Tulipa: Então é supervisão!

Camélia: Não! Eu ia para visita e o aluno ia comigo. Eu poderia fazer a visita com o aluno ou sem o aluno...

Tulipa: A visita era da sua agenda e o aluno ia junto!

Camélia: Ele ia comigo!

Tulipa: Então... mas ao mesmo tempo...

Camélia: Assim ó: o residente sai e a gente fala para o aluno ir com ele!

Sempre-Viva: É! Vai com ele... hoje a sua agenda não tem esse horário para marcar visita.

Camélia: Então é uma discussão que eu acho que assim, pra um serviço ensino... se não tivesse aluno aqui... ou residente, provavelmente ela saía. Se tivesse uma organização. Não estou falando que a Gardênia não sai porque não quer! É porque tem uma organização do serviço que agora ta limitando! Porque ela não fez! Mas, atualmente, é uma atividade sistemática de todos?

Sempre-Viva: Não! Eu acho que não.

Gérbera: Eu acho que é! A partir do momento que entra no SIAB dela, na produção dela, é! [...].

Tulipa: É a mesma agenda, Gérbera! A gente computa separado por uma questão de organização interna. Se a Papoula quiser saber o numero de visita que ela fez desde a primeira até a última a gente tem escrito, tem o registro, mas isso na hora de condensar o SIAB o ministério quer saber da médica contratada se deu lá tantas visitas/mês. (G1)

É interessante considerar que embora se fale da dificuldade que o estudante traz para o serviço de saúde, por demandar mais atenção, supervisão, etc, há da mesma forma a indicação de que desenvolver atividades com este estudante é interessante, agradável, produtivo, como na fala de Camélia: “Eu sentia muita diferença entre ir fazer visita... [...] ia com o aluno... ou ia com grupo... [...] Eu ia para visita e o aluno ia comigo.”

Lembram de um tempo em que tinham um residente a mais na equipe e que (numericamente) a produção era maior e, além disso, a produção do estudante/residente, para o sistema de informação era e ainda é atribuída à equipe. Usam essa “produção” para justificar outras atividades que não são realizadas e na discussão agora, dizem que médicos residentes ajudam a “produzir” mais.

Tulipa: a gente olhava para a agenda e via quantos eventuais eu atendi... qual é o percentual... A Cravina e a Rosa. A Cravina visitava todos os faltosos da agenda dela. Faltou da consulta, ela ia na casa saber porque. Então tem momentos que eu acho que até a conformação da equipe deu uma mudada com a redução de cinco para quatro residentes, as agendas ficaram um pouco mais... teve que dividir o quinto residente entre... o volume... Eu acho que nós perdemos, mas era muito interessante. [...](G2)

Neste conjunto de falas, há de certa forma implícita a preocupação em expressar a responsabilidade da equipe no desenvolvimento das ações, sejam elas voltadas à atenção e que permitem a continuidade da assistência às famílias e aos seus membros, quer sejam elas voltadas ao desenvolvimento e formação de pessoal. As atividades são de responsabilidade da equipe, portanto, mesmo que sejam desenvolvidas por estudantes/residentes.

Deste modo, reitera-se o fato de que o cuidado das pessoas cadastradas é de responsabilidade da equipe e que tudo o que o estudante/residente faz deve ser assumido, assinado e avalizado pelo profissional da equipe, o que justifica o fato de as atividades serem contabilizadas para os membros da equipe de acordo com a atividade realizada por estudantes das diferentes áreas de formação.

Tulipa: Não existe paciente que não é dela [da médica]!

Camélia: O que ela está tentando dizer, o que a Tulipa está tentando dizer é que, na verdade...

Papoula: É de todo mundo!

Camélia: Não, não é de todo mundo! Como é transitório, os residentes vão embora, as suas famílias.....todos ficam com a Gardênia.

Tulipa: Você é braço e perna da Gardênia!

Papoula: Não, eu entendi!

Tulipa: E tudo o que você fizer... ela é uma chancela! Se a Lírio vai numa casa sob a minha orientação, a chancela é minha!

Camélia: Quem responde é a Tulipa.

Tulipa: Quem responde sou eu! [...] então, nós temos... eu acho que tem uma coisa que é discutir como organizar... Agora, todos os pacientes, quem responde é a Gardênia! Pode ter a Lírio e mais trinta e duas alunas do 4º ano, quem responde sou eu. Por isso que eu escuto tanto a questão técnica! (G1)

Assim, apontam a questão da supervisão do estudante/residente e a chancela que é dada para as atividades realizadas por eles. Falam dessa supervisão como uma atividade difícil e que não pode ser realizada por uma única pessoa ao mesmo tempo dentro e fora da unidade.

Tulipa: É que ela supervisiona o pré e o pós, mas ela não está lá in locu.

Camélia: O que eu acho diferente é assim: obviamente ela supervisiona o trabalho do residente, entendeu? Obviamente é isso, entendeu?

Tulipa: Então ela supervisiona o aluno! (G1)

Ainda, como o serviço escola permite que o estudante/residente participe de todas as atividades da unidade, até para que os encontros (no acolhimento, na recepção, nos consultórios, nas reuniões, nas coletas de dados de pesquisa, etc) sejam parte do aprendizado do cotidiano do trabalho, também o grupo de discussão para responder o instrumento AMQ, objeto deste trabalho, contava com estudantes/residentes em sua composição. Assim, nas falas desses atores aparece a cobrança clara para a supervisão nas visitas domiciliares para solucionar dúvidas, tanto dentro quanto fora da unidade.

Tulipa: Pode ser que em janeiro de 2011 ou fevereiro você vá fazer a sua enésima quinta visita e vai ter dúvida...

Papoula: Não!!! Eu sei! Eu estou falando...Não há supervisão lá! Eu posso contar pra ela o que tiver pra resolver... por exemplo: eu vou pedir exame, não vou pedir exame... entra com aquilo ou não entra... mas esse tipo de visão... por mais que ela vá... planeje para ir daqui a quinze dias, já foi! [...]

Papoula: Pelo menos quatro horas seria todo dia sair uma horinha! Sair as 4...

Tulipa: Não, Papoula, quatro da categoria médica...

Sempre-Viva: Dá, porque um sai as duas [horas], outro quatro...

Papoula: Não, não to falando que aqui não acontece, to falando na vida real! Eu vou trabalhar todo dia... todo dia uma hora

Sempre-Viva: Você é a médica da unidade!

Papoula: ...eu vou fazer visita nesse horário, de segunda a quinta.

Sempre-Viva: E aí você não vai ter agenda se você é a médica da unidade!

Papoula: Eu to falando que na vida real até que seria uma forma de organizar a agenda!
Camélia: Ao invés de tirar um período tirar uma hora por dia!
Sempre-Viva: Isso!
Papoula: Então se alguém falar assim: ó o meu pai isso e isso...
Camélia: Você visitava de quatro às cinco!
Papoula: Isso! (G1)

A ausência de supervisão direta incomoda o estudante/residente e, de certa forma, deixa a desejar segundo os mesmos para o aprendizado. Contudo, é interessante verificar que isto leva a equipe a pensar em alternativas, e neste sentido sugestões para que ocorram mudanças na organização do trabalho também aparecem nas falas desses mesmos atores e dos trabalhadores da equipe. Neste sentido, o fragmento acima traz a sugestão de se organizar o trabalho de forma a permitir a saída da médica contratada por uma hora por dia para a realização de a visita domiciliar como em outros serviços, pois, este (o serviço/escola) funciona de outra maneira e que não é um mundo real, mas com outras possibilidades que podem favorecer o aprendizado da equipe e dos estudantes/residentes.

Aqui cabe considerar que, como a tarefa de supervisão se fez presente de forma importante nas discussões da equipe e trouxe uma conotação de sobre-trabalho, ou seja, de mais trabalho para a equipe, uma vez que além da assistência, a unidade e a equipe têm como missão permanente a formação de outros trabalhadores dentro do contexto da Universidade, alguns pontos merecem ser destacados.

A supervisão é considerada uma atividade gerencial inerente a qualquer processo de trabalho que se desenvolva sob bases coletivas através da divisão e integração de tarefas entre diversos trabalhadores. A partir desta perspectiva, adquire a finalidade de dar direcionamento ao processo de trabalho, mediante ações de retificação (correção de condutas, ações, atitudes), ratificação (reafirmação de ações, atitudes) e controle (BRASIL, 1982; NUNES, 1986).

É uma atividade bastante presente nas ações de saúde, principalmente de enfermagem, visto a intensa divisão técnica presente no trabalho desta área profissional, assumindo muitas vezes o caráter estrito de controle. Cabe destacar que embora presentes, os estudos sobre supervisão na atenção básica são raros.

Nunes (1986) discutindo a supervisão como inerente aos processos gerenciais, destaca a importância do caráter pedagógico que esta atividade assume no setor saúde, principalmente se considerarmos o princípio da descentralização, sendo que a supervisão nesta direção pode fugir ao modelo tradicional de retificação, ratificação e controle, e adotar uma “variedade mais participativa” (p.470) em seu desenvolvimento, com a possibilidade, portanto, de ser negociada permanentemente no ambiente de trabalho/ensino.

Nesta direção Silva (1997), sem negar os aspectos de retificação, ratificação e controle inerentes à supervisão, destaca que estas se encontram articuladas a três dimensões: controle, articulação política e educação. Ao fazer esta afirmação a autora nos

encaminha a pensar no papel que certamente se faz presente para os trabalhadores do serviço-escola, e também para os docentes, na sua atividade cotidiana de trabalho, ou seja, da supervisão como inerente ao seu trabalho, considerando ainda o papel central que os serviços de saúde, independentemente de serem serviços-escola têm na formação de novos profissionais de saúde para o SUS.

4.3.2. A dificuldade do processo de reflexão

A avaliação e o monitoramento das ações ainda são etapas frágeis no processo de trabalho dos serviços de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2002; IBÁÑEZ *et al*, 2006;), quer sejam realizadas externamente ao sistema e serviços de saúde, quer sejam pelo processo de auto-análise e auto-avaliação pelas equipes das unidades locais ou outros níveis dos serviços. Assim, este processo apresenta muitas dificuldades de ser realizado pelas equipes locais.

Com o processo de descentralização, um dos eixos estruturantes do SUS, a expectativa é que este processo possa chegar à ponta do sistema, às equipes que operam cotidianamente ações de produção de cuidado ou de gestão do processo de cuidado e das unidades locais. Neste processo, certamente emergirão movimentos de resistência, de ausência de reflexão pelas equipes, de desresponsabilização destas pelas ações junto à população usuária dos serviços, de culpabilização do usuário pelo mau uso dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que aparecerão movimentos de valorização do trabalho realizado, de busca de estratégias que viabilizem a auto-avaliação do trabalho, o processo de educação de trabalhadores e usuários, e o planejamento para a melhoria da qualidade da atenção.

Em vários momentos do processo de discussão grupal, a equipe respondeu afirmativamente as perguntas que constavam do instrumento da AMQ sem fazer qualquer movimento de reflexão acerca de como a atividade questionada, por exemplo, sobre a saúde do idoso, é desenvolvida, já que aparentemente não apresentam dúvidas quanto à realização da atividade apontada no instrumento.

Violeta: A Saúde da Família desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos?

Todos: Sim!

Sempre-viva: Grupo de bairro ...

Gardênia: Os outros grupos também

Sempre-viva: Também [...]

Tulipa: Sim para as duas!

Angélica: 4.44

Tulipa: Também é sim!

Gérbera: Tem que ler o enunciado, Tulipa!

Gérbera: A Estratégia de Saúde da Família ou equipe, né, desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados ao direito e ao estatuto do idoso?

Angélica: Sim?

Gardênia: Sim! [...] (G5)

O mesmo movimento ocorre para outros aspectos ligados à assistência prestada a grupos específicos, como, por exemplo, as atividades realizadas com adolescentes nas escolas, ações de saúde de crianças, mulheres e adultos e com a comunidade.

Quando são questionados sobre as atividades para identificação de situações de risco para idosos, um dos trabalhadores descreve as atividades realizadas e as intervenções que a equipe faz para as diferentes situações. Praticamente não há interferência e tampouco reflexão da equipe para a resposta afirmativa, todo o discurso é ouvido e a palavra final é dada pelo mesmo trabalhador.

Violeta: A equipe de Saúde da Família desenvolve ações para identificação de situação de risco entre a população idosa?

Várias pessoas: Sim.

Gardênia: Aqui nós temos várias situações que já foram identificadas: tipo de calçadas que nós temos, que é uma situação de risco para os idosos, o fato de nós termos vários idosos que moram sozinhos, que são idosos em situação de risco.

Camélia: Faz denúncia...

Gardênia: Temos grupos mais apropriados para idosos, nós fazemos denúncia para o Conselho quando a gente vê que tem necessidade, eu acho que isso a gente faz. [...] Faz aquelas visitas pra vózinha pra fazer a caixinha de remédio, que eles fazem confusão.

Gérbera: Discute a carteira do idoso. [...]

Gardênia: Eu acho que talvez é uma coisa que ultimamente anda mais atualizada.[...] (G6)

O mesmo fato se repete em outras questões em que a equipe entende que a atividade é realizada na unidade. Não há um movimento de reflexão sobre as possibilidades para a melhoria ou de avaliação do trabalho que é realizado. Parece que sentem que não há como fazer melhor do que já é feito, para algumas das atividades.

Gérbera: A equipe está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica?

Várias pessoas: Sim.

Tulipa: Somos referência.

Camélia: Sim, diz um estudo que eu já vi aí.

Angélica: A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas, vizinhos ou durante as visitas domiciliares, constitui passo fundamental para o aconselhamento, prevenção desta forma de violência.

Gardênia: Sim. (G6)

O movimento de parar, escutar e ouvir para além do enunciado, estabelecendo um processo de busca de resignificação da atividade, de como é realizada, por que é realizada e para quê é realizada, não se mostra presente nestes fragmentos.

Certamente este processo de buscar os diferentes significados para a(s) “tarefa(s)” posta(s), não é um movimento simples e indolor para as equipes no seu cotidiano, sendo que a saída pode se dar no sentido da negação de pensar sobre o vivido, ou porque a equipe acredita que faz muito bem a tarefa ou porque se recusa a pensar em mais trabalho. O cotidiano do trabalho se mostra muito duro e árduo, pois as relações de trabalho presentes nas equipes nem sempre são estabelecidas para a construção de um projeto de

atenção comum; a comunicação não se dá necessariamente com uma linguagem que proporcione uma direção mais uniforme para o desenvolvimento do trabalho, mesmo considerando os conflitos inerentes ao trabalho em saúde. Soma-se a este conjunto de aspectos a demanda de usuários sempre maior que a capacidade de absorção e inclusão pelas equipes; demanda esta que chega às unidades expressando das mais diferentes e inusitadas formas seus problemas e necessidades, nem sempre traduzidos de forma adequada pelas equipes de forma que estes problemas e necessidades sejam atendidos. Ainda, no caso específico da equipe objeto desta investigação, tem-se a demanda de estudantes que solicitam (e merecem) a atenção da equipe travestida de supervisão.

Ainda no movimento de ir e vir, outro fato a ser ressaltado é que em alguns momentos a equipe responde que a atividade é realizada, mas não se responsabiliza pela ação. Por exemplo, respondem afirmativamente a pergunta sobre o conhecimento e preenchimento da carteira da criança sem nenhuma contestação. A equipe parece não reconhecer que o cartão ou carteira é utilizado para o acompanhamento da criança (crescimento e desenvolvimento e outras informações como aleitamento imunização, controle das diarreias e das IRA) e afirmam que quem tem a obrigação e a responsabilidade de apresentar o cartão à equipe é a mãe e não a equipe de solicitá-la à mãe e preenche-la com as informações sobre a saúde da criança a fim de atender a finalidade posta à existência deste instrumento (cartão da criança).

Tulipa: O cartão ou carteira da criança é avaliado e preenchido em todas as situações de procura de atendimento? Sim.

Silêncio

Tulipa: Ninguém vai contestar? [...]

Gardênia: Quando eles trazem!!! (G6)

A equipe possui, na área de abrangência, um número muito pequeno de crianças até um ano de idade, então respondem com certeza que elas são acompanhadas e que apresentam situação vacinal em dia.

Tulipa: 80% ou mais das crianças da área com até um ano de vida, estão em acompanhamento? Sim!

Várias pessoas: Sim!

Violeta: E a de baixo também.

Tulipa: E a de baixo é sim!

Tulipa: 90% das crianças da área com até 1 ano, estão com a vacina em dia? Sim!

Angélica: É? Vocês já juntaram a 5 e 6 assim? Vocês querem ler o padrão?

Tulipa: Nós fizemos um diagnóstico...

Angélica: Recentemente?

Gardênia: A gente tem muito poucos então a gente sabe!

Gérbera: Até 2 anos com certeza!

Gardênia: Se faltar todo mundo fica sabendo! [...]

Gardênia: A gente faz mensal todo o primeiro ano.

Gérbera: É a gente só não chega a 100% porque tem família que não colabora.

Gardênia: Inclusive o que está internado agora pela segunda vez, é da família que não colabora.

Tulipa: É os 10%. [...]

Gardênia: Angélica, esse bebê que está internado ele veio em eventual mais de sete vezes...

Angélica: Considerar para resposta afirmativa o padrão de cobertura de 7 consultas independentes do momento em que foram realizadas.

Gérbera: Então tem 100%! (G6)

Surge um comentário sobre o fato de algumas famílias serem faltosas para o acompanhamento e que a cobertura só não é maior por culpa dessas famílias, isentando de certa forma a equipe da responsabilidade até mesmo da internação dessa criança faltosa. Aqui, é importante que se considere a dinâmica presente na relação usuário-serviço/trabalhador de saúde, uma vez que este certamente tem a expectativa de que as pessoas, as famílias, a comunidade onde a unidade de saúde encontra-se inserida, possam desenvolver a autonomia e responsabilidade por sua saúde e de seus filhos. Este processo de construir co-responsabilidade é complexo e difícil para todos os atores envolvidos, sendo necessário fugir da busca de culpados e perseguir uma possibilidade de construir outra perspectiva para o cuidado em saúde.

Em outro momento parecem conhecer tão bem a população e ter tanta certeza sobre a resposta dada, por exemplo: que a desnutrição é praticamente inexistente na área, apesar de ter acontecido um caso, com o qual conseguiram lidar com sucesso, que não discutem e concordam com a resposta afirmativa sem maiores reflexões.

Assim, o que aparece é a ausência de reflexão sobre o trabalho, apesar de em uma das situações sobre a não realização da atividade e em outro, ao contrário, a realização desta, porém sem se responsabilizar pela consequência dessa ação.

Essa ausência de reflexão fica mais clara quando num único fragmento há uma contradição entre o não existir a condição questionada e o fato de a incidência ter diminuído, quando negam a existência de crianças nascidas com peso abaixo de 2,5kg nos 12 anos de funcionamento da unidade, atribuindo o fato à melhor assistência pré natal e perinatal, mas também citam nascimentos de bebês prematuros dizendo que o número diminuiu muito.

Violeta: Houve redução do número absoluto ou identificado de RN de baixo peso ao nascer?

Tulipa: Sim, nestes doze anos de núcleo, não tem uma criança em 12 anos, com menos de 2 quilos, quer dizer menos de 2,5Kg. Porque a gente considera aí baixo peso a criança com menos de 2,5 Kg. E aí pensando nos prematuros que aconteceram neste tempo grande, diminuiu muito. Melhor assistência de pré natal, melhor assistência no perinatal, das unidades pra esse bebe chegar pra nós.[...](G7)

A ausência da reflexão aparece ainda quando respondem afirmativamente sobre a monitorização da prevalência do aleitamento materno. Lembram da utilização da ficha da criança (SIAB) que é preenchida mês a mês e da ação de outros profissionais dentro da unidade (sendo essa uma ação de todos os membros da equipe). Porém a questão pergunta acerca da porcentagem das crianças até seis meses em aleitamento materno exclusivo, informação que não é trazida pelo SIAB. Respondem afirmativamente a questão,

sem fazer reflexões, pois desde o início da discussão afirmam que menos de 60% dessas crianças está em aleitamento materno exclusivo e de acordo com essa discussão a resposta seria negativa. Nem discutem a questão, pois tem certeza do dado que está sendo questionado. Há certa desresponsabilização nessa resposta, pois o dado não é monitorado, senão pelas visitas das Agentes Comunitárias de Saúde, e os trabalhadores não param para pensar porque não fazem esse monitoramento, tampouco explicam porque isso ocorre.

Frésia: A prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses é de 60% ou mais?

Tulipa: Com esta estatística que a gente tem não é 100%

Sempre-viva: Ainda bem que é 60% que ta aqui se fosse um número maior...

Tulipa: De 60 pra menos...

Angélica: Daí a gente responde o que? Como é que vocês fazem este monitoramento das crianças...

Sempre-viva: A gente pergunta pras mães... A gente vai nas casas, e o médico também...

Violeta: A gente tem as fichas de acompanhamento.

Sempre-viva: E o médico também que acompanha. Informa quando a gente encontra essa mãe, fala não, ta com aleitamento materno exclusivo, ta misto, às vezes até a própria Gérbera no acolhimento, na consulta, no acolhimento quando vem pra consulta já pergunta isso.

Angélica: Então a gente responde que sim?

Hahan [...]

Tulipa: A gente tem uma preocupação né? De ficar mais próximo dessa mãe pra... porque muitas mães desmamam com até 4 meses. A gente já fez o que é nosso deste desmame que não foi amparado. [...]

Angélica: Eu só to cutucando porque o SIAB traz esta informação até 4 meses. Então tem que ter esse monitoramento até 6 meses e vocês estão me dizendo que estão tendo este monitoramento através da ficha...[...]

Então respondemos que sim. Tudo bem? (G7)

Esse processo “doloroso” de refletir e identificar que algumas das atividades questionadas pelo instrumento da AMQ não são realizadas ou não estão no padrão exigido pelo Ministério da Saúde para a resposta ser afirmativa, parece irritar alguns trabalhadores como se fosse muito ruim assumir essa lacuna. Ainda dão muita importância à atribuição de nota ou punição do processo de auto-avaliação e não consideram o valor de perceber o que pode melhorar no trabalho da equipe.

Violeta: A Equipe de Saúde da Família desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e...

Tulipa: Sim. Agora eu quero ver a periodicidade que ele coloca, se nós vamos no Cajado 2 vezes por ano... Agora com qual periodicidade?

Angélica: Essa é sim? [...] O padrão refere-se e aponta o desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes com oferta de métodos contraceptivos, camisinhas, contraceptivos orais ou injetáveis conforme indicação, realizada no mínimo 2 vezes ao ano

Sempre-viva: Ah então...

Angélica: Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.

Várias pessoas: Sim. (G7)

Essa irritação aparece, ainda, em outros momentos em que a discussão dá a entender que existe uma cobrança a respeito de atividades não realizadas e de outras tarefas, principalmente em relação aos sistemas de informação. No fragmento abaixo apesar de

responderem sem dúvidas a pergunta, ainda aparece após a leitura do padrão o comentário acerca da recomendação do preenchimento do HIPERDIA (Cadastro Nacional de Hipertensos e Diabéticos) ou do (des)conhecimento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil publicada pelo Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004c).

Violeta: Os profissionais de saúde da família realizam busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população?

Várias pessoas: Sim!

Angélica: E aí, essa é sim mesmo?

Várias pessoas: É

Angélica: Sem discussão? 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. Também tem um site aqui pra depois vocês poderem...

Tulipa: Preencher o HIPERDIA. (G6)

Violeta: A equipe de saúde da família realiza a abordagem de sinais de perigo, risco, nas crianças trazidas para atendimento na unidade de saúde, estabelecendo prioridade no atendimento e acompanhamento?

Várias pessoas: Sim! [...]

Angélica: Querem que leia o padrão?

Gérbera: Sim.

Angélica: O padrão refere-se ao fluxograma, abordagem de risco da criança na unidade de saúde apresentada na página 73 de Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução de Mortalidade Infantil publicada em 2004.

Camélia: Ah, a gente faz igualzinho lá [o tom é irônico]

Angélica: Se a equipe de saúde da família utiliza algum outro fluxograma ou protocolo, é que estejam estabelecidas as situações de atendimento imediato pelo médico. Nos casos das situações de risco, né? Fluxograma é diferente.

Gardênia: A gente já sabe quem são as famílias de risco. (G6)

Ainda nesse movimento de pensar nas respostas a serem dadas e de encontrar justificativas para a não realização de algumas das atividades, aparece, nas falas e discussões a “incompatibilidade” do Sistema de Informação de Atenção Básica, o SIAB, com grande parte dos monitoramentos solicitados pelo instrumento da AMQ, para a melhoria de qualidade da atenção prestada. Vale ressaltar que o SIAB, para as equipes de Saúde da Família, é o mais importante e acessível instrumento de monitoramento e planejamento de ações para a população local cadastrada e tem preenchimento mensal obrigatório para o envio de dados às instâncias superiores de gestão da estratégia Saúde da Família. Traz, em seus relatórios, a possibilidade de análise da população cadastrada por faixa etária e sexo, bem como as condições de saúde/doença referidas. Ainda, é possível conhecer pelos relatórios do SIAB o diagnóstico de saúde da comunidade como um todo, as condições sócio-econômicas, as doenças mais prevalentes e a situação de moradia da população cadastrada. É preciso lembrar que o sistema de informação é uma importante ferramenta para o acompanhamento das ações e dos resultados alcançados pelas equipes de Saúde da Família (SILVA, 2003; GUEDES, 2007), bem como é um sistema de informação capaz de

captar as mudanças constantes e velozes que ocorrem, ou seja, a dinâmica presente no território vivo, desde que alimentada permanentemente pelos membros das equipes.

Nesse sentido os trabalhadores refletem sobre as dificuldades para alcançar resultados de acordo com alguns tipos de monitoramento que o instrumento da AMQ solicita como o acompanhamento das crianças na faixa etária acima de cinco anos, aqui entendido como consulta médica de rotina, que só é realizada mediante demanda espontânea e que a equipe não sabe onde estão e quantas são as crianças nessa faixa de idade. Além disso, há um olhar “duro” para o instrumento e uma leitura de que o que ele solicita é o monitoramento sobre o total de pessoas naquela determinada faixa etária da área e não só dos cadastrados. Não possuem, por exemplo, o registro dos adolescentes até dezenove anos documentado fisicamente, apenas o número absoluto que o SIAB traz, mas acabam por responder afirmativamente que fazem o monitoramento pois o registro é atualizado permanentemente.

Violeta: 80% ou mais de crianças da área entre 5 e 10 anos de vida estão em acompanhamento pela equipe de saúde da família?

Vários: Sim.

Gérbera: Quando a mãe vem agendar! Se não vem agendar ninguém vai atrás.

Sempre-viva: Então não sei se chega a esse valor porque tem um monte que é cadastrada e que não vem, não é acompanhada.

Gérbera: Mas quando você faz visita você não acompanha essa criança?

Tulipa: Mas, Gérbera tem criança de 5 a 10 anos que é cadastrada e eu não saberia dizer agora todas as 750 famílias quantas têm crianças com 5 e se todas elas estão aqui.

Sempre-viva: Mas tem outras que são acompanhadas em outros lugares, não é nem aqui.

Gérbera: Mas, com certeza, quando as meninas vão fazer visita, elas olham a carteira de vacina...

Angélica: De 5 a 10 anos?

Tulipa: Para as que recebem... [...]

Tulipa: As famílias de risco da área dela ela olha as crianças de 0 até noventa anos

Gérbera: Mesmo assim as de risco acessam mais a gente.

Tulipa: É, mas assim, falar que sistematicamente a família da criança que tem 5 anos é visitada, dependendo da família ela não é.[...] (G7)

Angélica: Vamos tentar responder a saúde dos adolescentes?

Tulipa: Yes. O registro atualizado dos adolescentes cadastrados tem...É cadastrado ou é residente?

Angélica: Vamos pensar sempre como cadastrado, porque não há como você conhecer, não tem como você ter registro de quem não está cadastrado.

Sempre-viva: Na área inteira não.

Angélica: Não há como fazer o registro dos não cadastrados. Então respondemos que sim?

Tulipa: Sim.

Angélica: O padrão refere-se a equipe de saúde da família, possuir, registrado e documentado no papel o número de adolescente (SIAB 10 a 14, 15 a 19 anos) discriminados por sexo da área adscrita à equipe saúde da família, 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 a atualização do sistema de informação.

Tulipa: A informação em número absoluto a gente tem. Eu já passei o olho nas perguntas e a gente não faz uma investigação sistemática daquelas

crianças. Apenas daquelas que comparecem eu não sei te dizer se 50% dos adolescentes são seguidos.

Angélica: Mas você tá na pergunta lá da frente?

Sempre-viva: É.

Angélica: Então vamos responder esta pergunta 5.25 do registro, tem o registro? Ele é atualizado?

Tulipa: Sim.

Angélica: O sistema de informação é atualizado?

Tulipa: Sim.

Angélica: Então deixamos sim.

Sempre-viva: Isso. (G7)

Permanecendo o movimento de resistência, percebem, por exemplo, que a equipe não participa de ações junto com os equipamentos sociais da área. Também percebem que a participação nas Comissões Locais de Saúde e Conselho de Saúde não tem acontecido. Mesmo o “grupo de quarteirão”, atividade educativa realizada junto à comunidade em outros períodos na unidade de saúde, no qual discutiam questões, como por exemplo, cidadania não tem acontecido e parece que se ressentem de não realizar mais a atividade.

Gardênia: Acho que em outro momento a gente teve uma participação maior porque a gente trabalhava com o pessoal na rádio comunitária, que tinha... quando a gente ia e participava mais do Conselho, quando fazia os grupos de quarteirão e aí o pessoal queria discutir sobre cidadania e queria saber como acessar algumas coisas... Eu acho que fazia, agora nesse momento não. Acho que já teve um momento que a gente fez mais isso!

Silêncio (G5)

Ainda num movimento de resistência, porém, agora, mostrando que a equipe tem potencialidades de refletir sobre os problemas e olhar para suas lacunas, os trabalhadores da equipe se protegem de críticas ou julgamentos que possam aparecer vindos de fora da unidade ou de conflitos com usuários que possam vir a acontecer. Mesmo quando estimulados a pensar no trabalho na própria unidade, negam que as reclamações dos usuários existam. Estimulados a pensar que os conflitos mais freqüentes entre trabalhadores e usuários decorrem da questão da regionalização entendem que resolvem esses problemas através de consenso com a equipe e de conversas e acordos com os usuários. Entretanto, estas situações conflituosas com os usuários, em decorrência da regionalização poderiam ser considerados como “conflitos bons”, já que quando alguém se queixa que não quer ir embora, ou seja, não quer deixar de ser atendido por aquela unidade de saúde, demonstra certo vínculo com o serviço e com seus trabalhadores, sendo, portanto, uma “reclamação boa”.

Angélica: e mesmo quando aparece, por exemplo... acho que, tomando por nós lá a reclamação que mais aparece é em relação à regionalização

Tulipa: É.

Angélica: Que é uma reclamação, é uma demanda que a gente realmente não pode cobrir, não pode fazer né, mas existe um jeito de explicar isso de fazer.

Gardênia: A nossa maior demanda é aquela família que tá já um tempo que tem um vínculo bom com equipe e que muda, que gostaria de continuar. Então o que a gente tem feito com raras exceções eu falo com raras exceções porque tem umas que a gente não consegue dizer, não é dizer, mas é fazer ela entender. Às vezes a gente o desmame progressivo, entendeu vai explicando para a pessoa marca mais algum retorno, vai

preparando a pessoa, mas acaba acontecendo isso, agora tem assim, na verdade duas ou três pessoas que não moram na área que por também por, é me falta à palavra hoje eu to meio...

Angélica: Vínculo.

Gardênia: Não, não só.

Tulipa: Mas pela situação...

Gardênia: Pela situação até por consenso (G4)

O movimento de auto-proteção dos trabalhadores aparece quando são questionados sobre a existência de reclamações vindas dos usuários e eles olham para as unidades de saúde de referência, ou seja, para o trabalho que as outras unidades fazem. Assim, citam o fato de haver certa flexibilidade na agenda da unidade em termos de período para atendimento, horário, reagendamentos e fazem a comparação com outras unidades menos flexíveis nesse sentido, e que talvez por isso não apareçam as reclamações.

Tulipa: Ela fica vazia! Então às vezes vem aquela situação. Aqui a gente faz um acerto de falta, de horário, tem um jogo de cintura dentro das possibilidades do horário que a unidade tá aberta das sete as dezessete e há uma expectativa que o HC funcione assim, que o NGA funcione assim. (G4)

Ou quando surge alguma reclamação pelos canais formais e institucionais que o usuário tem à disposição no município (telefone do cidadão), consideram absurda a demanda deste, sem, no entanto, se preocupar em explicar as possibilidades do serviço, mas respondendo que não é possível atender a demanda do usuário e dando o encaminhamento que entendem ser pertinente.

Gardênia: Tem! De vez em quando chega até por escrito, alguma coisa, uma reclamação de algum tipo de atendimento ou de uma... Teve uma que uma vez usou o direito dela de cidadã e de ir e vir quando mudou, pra continuar.

Angélica: Não sei se vocês receberam alguma vez, mas tem a reclamação o 156.

Tulipa: Tem.

Angélica: Até não sei se vocês já viram que é o “telefone do cidadão” no município, o cidadão pode ligar e dar a queixa dele a hora que ele bem entender e a Secretaria então responde e dá o destino.

Tulipa: Recentemente nós respondemos, é um casal de idosos que a família quer que verifique a pressão todos os dias e não é possível. É possível de outra forma! E eles fizeram um pedido assim: os medidores de pressão não vieram na minha casa! Eu respondi que foi dado o devido encaminhamento. (G4)

Ainda em relação ao movimento de proteção que os trabalhadores da equipe faz, são unânimes em dizer que a equipe tem, por exemplo, o monitoramento de guias de referência para consultas especializadas e/ou exames de maior custo, que vão para agendamento que é realizado, após auditoria das guias de referência, na Central de Agendamentos da Secretaria de Saúde do município. Cabe esclarecer que, existe um fluxo para o envio dessas guias pelas UBS e USF, por Distrito, semanalmente. Exceto quando existe urgência no agendamento essas solicitações de consultas e/ou exames, são analisadas pelo auditor, agendadas na unidade de maior densidade tecnológica mais adequada e devolvidas à UBS ou USF para serem entregues aos usuários.

Vale lembrar também que, segundo Starfield (2002), a coordenação do cuidado está incluída nos princípios da atenção primária à saúde, e, portanto, na definição da Atenção Básica, terminologia utilizada no Brasil. A coordenação do cuidado é função da equipe de saúde mais próxima da população e o monitoramento dos atendimentos em consultas especializadas ou da realização de exames de maior complexidade fazem parte desta tarefa. Neste sentido, a equipe explica como é feito o monitoramento do fluxo das guias de referência e o instrumento que criaram para anotar os dados dessas guias que saem da unidade para a Central de Agendamento, no Complexo Regulador. Porém, esse monitoramento é feito no sentido de proteger a equipe da reclamação do usuário se, por acaso, o mesmo perde a consulta/exame depois de ter sido orientado e de receber a guia agendada, entregue pela unidade, deixando claro que o maior interesse é realmente se proteger de reclamações e não monitorar o tempo de espera entre a consulta realizada na unidade de Atenção Básica e aquela realizada no nível secundário/ especializada.

Sempre-Viva: a equipe registra e monitora as referências para outros níveis de atenção?

Tulipa: Sim! Pode ler o próximo! (riso) o povo não quer nem ver o padrão!

Gardênia: A gente faz no livro, tudo certinho... não tem perdido nenhuma referência... Nesse sentido a gente tá...

Tulipa: Pelo contrário: o auditor acho que viu gente que num... que olho! Aquela referência com a cedilha assim, ó...

Angélica: Os encaminhamentos para as referências nos atendimentos especializados são registrados sistematicamente em outro instrumento além do prontuário médico...

Gardênia: Sim!

Angélica: ... permitindo o monitoramento do fluxo, casos atendidos e não atendidos, tempo de espera e retorno das informações das unidades (contra-referências). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.

Gardênia: Tem data, número da guia de referência, número Hygia, o primeiro nome da pessoa, número do prontuário da família, o médico solicitante, ou o profissional que solicitou, qual é a especialidade ou o exame ou o coiso, a data que foi enviado pro DACA e a data que voltou.

Gérbera: Pra onde que foi o agendamento e o dia que é a consulta!

Gardênia: O dia que foi também já é registrado porque daí a pessoa vem aqui, pega e depois vem aqui e diz assim: "Não me entregaram essa guia!" .Ta aqui, ó! Tal dia e tava tal... ta tudo lá! (G2)

Isso tira da equipe a responsabilidade de ouvir, avaliar e responder reclamações. Mesmo quando há regras, "desobedecem" a regra por solicitação do usuário e o problema passa a ser do outro serviço e deve ser resolvido entre o outro serviço e o usuário, estando a equipe do NSF excluída do processo.

Tulipa: Tem pacientes que pedem pra escrever preferência de local de agendamento. A gente anexa.

Gardênia: Daí, agora tem uma orientação que não é pra ser feito isso.

Tulipa: Que não pode não pode! Mas do próprio punho. Daí eu acho que deveria responder para o usuário, não para nós. Então ele não realiza o que ele está pedindo então é preciso, na minha opinião, ir cartas neste jeito que a gente recebe quando usa o SUS pra gente avaliar a qualidade. [...] (G4)

Então, como um mecanismo de defesa, é melhor ceder que ouvir a reclamação ou causar tumulto. A equipe entra em consenso para o atendimento para não sofrer com o protesto e apesar de tudo, afirmam que a unidade tem reclamações que são avaliadas e resolvidas numa tentativa de modificar o processo de trabalho e a organização da unidade para melhorar a qualidade da assistência prestada à população adscrita.

4.3.3. A auto-avaliação e as possibilidades de melhoria

A equipe empreendeu muitas reflexões acerca do trabalho realizado na unidade. Como já citado houve muitos momentos de resistência e de negação para o processo de reconhecimento das situações vivenciadas e da possibilidade de melhoria das ações.

No entanto, este não foi o único resultado obtido, pois a equipe repensa seu trabalho, muitas vezes com “saudades” de um tempo em que o volume de trabalho era considerado menor e, conseqüentemente, tinham, segundo os trabalhadores, mais tempo para uma melhor assistência à população. Entendem que o volume de trabalho cresceu e as responsabilidades com os três pilares inerentes à academia (ensino, assistência e pesquisa) tem absorvido de tal forma os trabalhadores que, quando são cumpridas as normas elementares da estratégia Saúde da Família, o trabalho já é considerado como realizado.

Muitas vezes a equipe não valoriza o trabalho realizado, entendendo que o que o padrão do Ministério da Saúde solicita está além de sua capacidade de trabalho. Há um sentimento de impotência, pois há o desejo de melhorar sem, no entanto, ter ferramentas (ou mesmo recursos humanos) para isso. Buscam “certa perfeição” para responder as perguntas como quando, por exemplo, questionam os termos utilizados pela AMQ¹⁰ como se o trabalho necessariamente precisasse ser desenvolvido dentro de todos os padrões da teoria.

Para exemplificar, no fragmento abaixo aparecem, nas discussões os processos de reflexão sobre como são desenvolvidas algumas atividades (por exemplo, atividades educativas em todos os aspectos – grupais ou individuais). Apesar de não concordarem totalmente com o termo utilizado pelo instrumento da AMQ (abordagem problematizadora), fazem uma discussão sobre como levam o usuário a refletir sobre seus problemas para buscar o aprendizado, deixam de olhar de maneira dura os termos usados no instrumento e entendem que o que fazem é um trabalho diferente, qualificado e que apesar de não ser a “base do Paulo Freire” é uma abordagem diferente da prescrição e respondem positivamente a pergunta.

[em relação a pensar e aprender a abordagem problematizadora]

Sempre-viva: Eu acho.

Angélica: Essa abordagem problematizadora?

Tulipa: Não é que a abordagem tem que se aprender Angélica, é que exige um certo enquadre e que a gente se inspira nela, não sei se é isso... não sei se é questão de aprender... [...] É a base do Paulo Freire...

Angélica: É então...

¹⁰ Aspecto que será melhor abordado no último tema.

Tulipa: Abordagem problematizadora.

Angélica: É, então! O que eu to querendo dizer assim: como é que é essa abordagem? Ela tem que ser certinha como Paulo Freire dizia que tinha que ser e não sei o que...

Tulipa: Mas aí tinha que ter: Inspirado!

Angélica: Podemos discutir o instrumento, mas assim, eu estou querendo, querendo que vocês pensem um pouco como é que vocês fazem... Como é que é a abordagem de vocês nas ações de educação em saúde?

Tulipa: Nós não fazemos nenhuma orientação aqui... Eu acho que isso o núcleo tem de mérito... não aquela, aquele depositário de informação na cabeça do paciente! É sempre um dialogo reflexivo das atitudes saudáveis... Então esta abordagem ela está internalizada na maior parte do tempo. Dizer não também acho que não está correto!

Sempre-viva: Então, mas eu acho que acaba sendo sim mesmo.

Tulipa: Então põe o sim!

Sempre-viva: Mas eu acho que acaba sendo sim! Porque quando você pega lá um... que nem... vamos dar exemplo de novo do José Carlos de comer muito doce e comer muito sal. A gente não problematiza pra eles, não pega isso e não transforma num problema? Não ajuda eles a refletirem? Eles mesmos ajudarem a responder? E a gente tenta ajudar a responder? Eu acho que acaba sendo! A gente faz isso! Não só num grupo ou no outro, em todos!

Tulipa: Não é prescritivo, né?

Angélica: Tudo bem pessoal? Como é que nós vamos responder isso?

Tulipa: Sim! (G5)

Além disso, pensam em como realizam a atividade e que existe a possibilidade de, em outros momentos, planejá-la novamente de maneira a melhorar o que já vem sendo feito. Apesar de parecer que a equipe se ressentia por não conseguir se adequar numa das respostas do instrumento, entende que ele possibilita esse diagnóstico de que é preciso e é possível melhorar.

Gardênia: Sim com dúvidas?

Sempre-viva: Acho que sim! Sim com um ponto de interrogação!

Gardênia: Mas eu acho que é mais pra sim do que pra não.

Sempre-viva: Eu também acho!

Gardênia: Então se tiver... se não tem um meio termo eu acho que sim!

Sempre-viva: Porque é melhor colocar o sim a gente sabendo que é preciso melhorar um pouquinho...

Gérbera: É difícil assim não ter meio termo! Por isso que eu falo assim: eu sinto falta do talvez! Tem que ter o talvez! Às vezes...

Sempre-viva: Às vezes!

Angélica: Mais ou menos.

Sempre-viva: Mais ou menos.

Gérbera: Mais pra menos? Tinha que ser assim mais pra menos

Todos: Mais pra mais!

Violeta: Que mais ou menos não existe. Tem que ser ou é ou não é.

Angélica: Então é sim!

Gérbera: Ai seria né? Mais pra mais do que pra menos!

Angélica: Então a decisão é responder sim?

Sempre-viva: Isso! (G5)

Nesse sentido, fazem um movimento permanente, como já comentamos anteriormente, de vai-e-vem, idas e vindas durante o qual realizam análises acerca do trabalho realizado e do padrão imposto pelo Ministério da Saúde. Entendem que muitas ações previstas pelo Ministério da Saúde como padrão para a melhoria da qualidade estão além do que está sistematizado como prioridade no SIAB (como no caso do registro das

crianças, por exemplo), mas ao mesmo tempo enxergam uma possibilidade de aderir ao padrão e, neste caso, ampliar o registro que a unidade.

Angélica: O padrão refere-se à equipe de Saúde da Família possuir registrado e documentado em papel a sua população até 5 anos discriminado por faixa etária ano a ano e sexo atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível desenvolver várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente incluindo a atualização do sistema de informação.

Gardênia: No papel não faz.

Gérbera: Só faz com prioridade de mês a mês, que é mensal até 2 anos.

Tulipa: É o bloco, não é criança por criança de ano a ano, é 0, é menos de 1 e de 1 a 4.

Camélia: Mas o que você acha da gente começar a fazer?

Gérbera: É que na verdade faz até 2 anos, que é mensal. (G6)

No fragmento acima, portanto, há efetivamente a proposta de incrementar, por exemplo, a ação presente no padrão do Ministério da Saúde, dentro das possibilidades da equipe, aparecendo nas sugestões e demonstrando que a reflexão e a auto-avaliação podem levar às mudanças e à melhoria do serviço prestado.

Em outros momentos, quando questionados sobre acompanhamento das crianças, novamente aparece o fato de a equipe não ter o registro físico (em papel) das crianças com idade além do solicitado para o preenchimento do SIAB, impossibilitando de fazer o monitoramento do acompanhamento das mesmas.

Tulipa: [...] 80% ou mais das crianças com até 5 anos em situação de risco está em acompanhamento pela equipe? Os 80% sim porque os 20 que nunca vem, e tem aqueles que... [...]

Gérbera: Até 2 anos eu acho que é até mais de 80, mas até 5 não.

Magnólia: Agora, se não tem esse registro anual como assim ter esta precisão do que seria 80, porque até 2 anos você tem, você acompanha...

Violeta: Então, mas a família de risco a gente faz.

Gérbera: Eu acho assim, que a família de risco até eles procuram, mas que vai atrás pra ir agendar consulta? Isso eu acho que não faz.

Frésia: Na visita a gente faz.

Violeta: A gente faz porque, por exemplo, eu tenho família de risco que eu vou atrás!

Magnólia: Tem assim quantas famílias de risco tem que tem crianças de 5 anos? Vocês têm esse dado? Pra saber se dessas X crianças você chega a visitar 80%?

Camélia: Ou seja...

Tulipa: Não! A Magnólia está certa! Nós não temos este dado sistematizado.

Gardênia: Não tem sistematizado e a minha impressão é que não faz.

Camélia: Isto a gente tem até 2 anos, mas até 5...

Gérbera: Mas e estas fichas que as meninas fazem a gente não poderia estender ela até 5 anos?

Camélia: Vai aumentar muito?

Gérbera: Aumenta 3 anos!

Camélia: Não, jura!!!!

Risos.

Gérbera: 3 anos! Bastante criança!

Camélia: Bastante o quanto? O dobro? O triplo? [...]

Gérbera: Eu acho que mais que o dobro!

Tulipa: O que é quase o dobro?

Gérbera: De aumento [...]

Tulipa: Não as crianças de 1 a 4 elas davam a última vez que eu vi 104 crianças. Mas faz assim, que tá na minha cabeça, deve ter alteração desse número.
Gérbera: Então muito mais, porque 34 a gente tem até 2.
Várias pessoas falam ao mesmo tempo
Violeta: Tem que ver as que é de risco.
Frésia: Não são todas que são de risco. (G6)

Aparece, novamente, a reflexão acerca do que pode ser feito, inclusive demonstrando o conhecimento dos dados já sistematizados pelo SIAB e a sugestão de melhorar o registro (aumentar a faixa etária até cinco anos) para que a análise do risco e a busca ativa possam ser realizadas.

É um movimento bastante rico da equipe, que de uma posição mais assertiva, apontando a plena realização da atividade junto às crianças do território, passam a se questionar se é isto mesmo, se não haveria a necessidade de rever a posição e estabelecer uma proposta de monitoramento efetivo deste grupo, enfim há um repensar de qual é a tarefa (finalidade) e para onde ela se encaminha; qual o projeto que esta equipe tem a possibilidade de construir conjuntamente. Assim, o instrumento funciona como uma provocação para olhar o próprio trabalho e como motivador de sentimentos como a frustração, por exemplo, pois faz a equipe refletir e entender que a ação é realizada, mas que ainda é preciso qualificá-la, estabelecer instrumentos locais (no nível da unidade de saúde) que possam permitir este acompanhamento, enfim criar alternativas outras, colocando em ação a inventividade responsável da equipe (MEHRY, 1997; TAKEDA, 2006, ANDRADE *et al*, 2006).

Há também uma avaliação sobre a importância do espaço para esse tipo de discussão (o que a coleta de dados parece ter permitido), pois o dia-a-dia atropela a equipe que não tem tempo de olhar e avaliar o próprio trabalho.

Angélica: Bom pra gente fechar o dia como foi hoje? Quem nunca tinha participado o que achou, quem já tinha participado o que achou que contribuiu com os outros, como foi? [...]

Magnólia: Como qualquer processo de avaliação, é positivo você ter que repensar algumas coisas, e às vezes assim frustrante você ver que aquilo não seria daquela maneira, não é daquele jeito que você está fazendo, você não chegou a atingir, mas eu acho que é importante sim pra avaliação e acompanhamento.

Camélia: Eu acho muito legal fazer isso, porque a gente olha o que a gente tá fazendo, o que era preconizado, não é isso? Bom então tem que, tudo bem, pra gente crescer.

Tulipa: Tanto que quando você apresentou o projeto a gente deu uma esforçada de trazer aqui

Gardênia: Há duas coisas aí, isso que a Camélia falou, porque a gente precisa... às vezes é tão correria que a gente precisa parar um momento pra fazer uma reflexão. A gente sempre acaba deixando pra depois, e o dia a dia atropela a equipe. Então isso tá sendo muito legal. Já deu várias idéias pra gente fazer algumas coisas, pra melhorar outras... E tem outra coisa também: além disso, serve pra gente ver que tem outras atividades que a gente faz de outras formas e que não se contemplam as vezes nessa coisa. E, de repente, a gente pode fazer sugestões pra, pra algumas formas de registro. Não sei se isso funciona, você é a pesquisadora pode fazer sugestões, mas eu acho que tem muitas coisas que os Núcleos fazem, talvez não dessa forma, mas de outras formas e que não tá aqui.

Camélia: Até porque põe a faixa etária de criança, e criança de 5 anos, e não é no sistema, e cobra como critério. (G6)

Também aparece a solicitação de que algumas sugestões sejam feitas para modificar os instrumentos de avaliação de qualidade disponíveis, no sentido de contemplar o trabalho “diferente” realizado nos NSF ligados à USP–RP, em seus três pilares: assistência, ensino e pesquisa, valorizando assim o trabalho que é desenvolvido por essas equipes.

É importante ressaltar que a construção efetiva do trabalho em equipe e do processo de monitoramento das ações não se dá a partir de regras estabelecidas à priori, de formatos pré-estabelecidos (MISHIMA, 1995, 2003; PEDUZZI, 2001), mas da possibilidade de se criar espaços institucionais para o encontro dos trabalhadores onde se pode ter presente o uso intensivo de tecnologias leves nos processos de negociação para a discussão e proposição de projetos de atenção, da alteração do processo de trabalho para além dos nichos profissionais, com o estabelecimento de um campo de competência e responsabilidade para a Saúde da Família (FRANCO; MERHY, 2003; ANDRADE *et al*, 2006)

Sempre-viva: Eu acho que a gente tá amadurecendo a idéia de colocar o não, não é uma coisa ruim, que colocar o não significa que a gente... é um olhar que a gente precisa ter pra ficar mais atento pra aquilo, pra melhorar. Não significa que a gente não faz. Significa que a gente faz, mas pode melhorar!

Violeta: É isso que eu também entendi porque tem coisas aqui que a gente faz, mas não tá sabendo.

Sempre-viva: E às vezes, a gente no começo se preocupava: mas se responder não é porque a gente não faz nada! Mas não quer dizer a gente não faz nada! Faz, mas não faz exatamente como o padrão tá pedindo. Como deveria ser. É bom pra gente olhar e melhorar! [...] Porque no primeiro encontro que a gente teve uma dificuldade imensa de dizer o não. E não porque a gente tava com... com aquela expectativa assim ó: ah! Se eu disser que não a gente está dizendo que não faz, mas a gente faz! Era esta mais a preocupação mesmo! E agora a gente tá entendendo que dizer o não significa isso. Significa que a gente tem que melhorar. (G4)

Assim, a equipe também, durante as discussões, expressa a possibilidade de incrementar e qualificar sua ação a partir de respostas negativas ao padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde. Entendem que a resposta negativa traz a possibilidade de refletir e buscar a melhoria da qualidade, sem o receio da crítica ao trabalho realizado “mais ou menos”: *“Significa que a gente faz, mas pode melhorar!”*.

Além disso, também fica evidente durante as discussões a intenção de melhorar o que a equipe já faz. Quando refletem sobre a avaliação dos dados registrados no SIAB acerca trabalho cotidiano que, segundo o instrumento, deve ser feita uma vez ao mês em reuniões de equipe, há uma discussão sobre essa formalidade. Entendem que realizam a atividade, mas “travam” no fato de isso não ser sistematizado. Não há um dia certo para se fazer reunião de avaliação e planejamento, mas entendem que isso é feito em quase todas as reuniões da equipe, realizadas ao longo da semana, enquanto um espaço institucional que ocorre efetivamente nesta equipe nesta unidade de Saúde da Família.

Lembram que a atividade era feita em outra época, mas atualmente não é feita, portanto não se sentem a vontade para dar uma resposta afirmativa, apesar de realizarem algumas reuniões de avaliação e planejamento com parte da equipe (referem-se à reunião realizada semanalmente entre a enfermeira e as ACS). Identificam que isso não responde a questão no quesito reunião mensal da equipe para planejamento e avaliação.

Sempre-Viva: [...] a equipe de Saúde da Família dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e o planejamento da continuidade das ações.

Gardênia: Pensando... mensal não!

Gérbera: Então...

Tulipa: A gente já teve...

Gérbera: Às vezes é só uma vez por mês, mas às vezes é duas vezes por mês! Às vezes não é nenhuma! Então é!

Gardênia: Que a gente faz a gente faz!

Gérbera: Então!

Gardênia: Mas aqui ta dizendo mensal...

Tulipa: Lê o padrão...

Gérbera: Faz, mas faz!

Tulipa: Porque o padrão é que fala!

Gérbera: Às vezes não faz mensal, mas às vezes faz duas vezes por mês.

Às vezes quatro vezes por mês!

Gardênia: Mas aqui a pergunta...

Tulipa: Depende da época...

Gérbera: É! Depende da época!

Tulipa: Quando tinha aquelas reuniões conjuntas, isso era um pouco mais visível! As reuniões entre os Núcleos. Hoje eu acho que o fato de estar cada equipe... às vezes a gente... Quando eu... eu concordo com a Gérbera que em certa medida faz, mas eu não sei se o padrão tem que ter uma obrigação de quatro horas por mês! É: quatro horas!

Gardênia: É que a gente fica muito misturado isso, né? Não tem assim: hoje é uma reunião de avaliação, mas quando você vê você está fazendo avaliação na reunião de equipe, você ta fazendo avaliação própria...

Gérbera: Sexta feira nós fizemos avaliação que não deu tempo de fazer!

Tulipa: E faz pelo menos cinco semanas que a Camélia ta: Vamos planejar 2010. A gente começa, começa, começa... Intenção vale?

Gardênia: ... que a gente não conseguiu fazer a programação dos residentes...

Tulipa: Intenção vale?

Gardênia: Não, mas eu acho que a gente faz! Mas...

Tulipa: Não sistematiza!

Gardênia: Não tem uma coisa assim, sistemática! Aí é diferente! [...] Eu não acho que a gente faz dessa forma. Não sistemático!

Tulipa: Lê o padrão, Angélica!

Angélica: Vamos ler? Porque aí a vocês olhando o padrão podem definir qual é a resposta. O padrão refere-se à equipe de Saúde da Família dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação para 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.

Tulipa: Além da do SIAB tem que ter mais uma! Weee!!!

Gardênia: Tem! Eu acho que tem momentos que tem, é que muitas vezes aqui na reunião, principalmente de sexta-feira: Ô ta acontecendo isso, nós estamos fazendo, não estamos fazendo... Você (dirige-se à Tulipa) faz isso com as meninas toda semana, uma vez cada quinze dias?

Tulipa: Não é toda a equipe!

Gardênia: É! Entendeu? Agora aqui... é feito aqui em vários momentos. Mensalmente? É como a Gérbera disse: tem mês até que todos os...

Gérbera: Toda semana!

Tulipa: Nós passamos...

Gardênia: Não tem assim ó: toda terceira sexta-feira do mês vai ser dedicada a isso! (G2)

O mesmo movimento acontece quando questionados sobre outras atividades. Falam de atividades que desenvolvem que não tem um cronograma definido, mas que são realizadas algumas vezes no ano e nunca deixaram de ser feitas. Ao mesmo tempo destacam a sinalização que a resposta negativa traz de que a atividade precisa ser mais bem qualificada e a possibilidade de repensar, planejar novamente e realizar a atividade de maneira mais sistemática como a solicitação do instrumento da AMQ. No entanto, lembram de outras atividades mais consolidadas e sistematizadas que a equipe realiza e entendem que a elas são diferentes entre si (atividade na escola é muito diferente da visita domiciliar ou de outros grupos realizados com maior frequência e com maior habilidade pela equipe).

Palma: São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças?

Gardênia: Sim.

Silêncio

Angélica: Já responderam?

Sempre-viva: Sim

Angélica: Sem dúvidas?

Sempre-viva: É, eu tô com um pouquinho de dúvida no sistemático, mas...

Tulipa: É, eu também. Eu poderia dizer eventuais.

Sempre-viva: É eu tenho um pouquinho de dúvida na sistemática, mas...

Gardênia: Mas a partir do momento que a gente faz este trabalho lá na escola ele se torna sistemático, quando é que deixou de fazer?

Palma: É isso mesmo!

Sempre-viva: Então, mas ele é assim... eu diria que ele é mais eventual do que sistemático, Gardênia, entendeu? Porque ele é pontual! Talvez... Porque lembra do nosso projeto? Não era assim, plotar o que não está de acordo pra gente poder olhar pra isso? E este não é o nosso grande desafio? Voltar a ter uma aproximação maior na escola e mudar o perfil que tem sido o acompanhamento na escola. Então eu acho que respondendo sim parece que tá bom. Mas... então eu acho o que o que me pega aqui é só o sistemático porque ele não é sistemático, não é sistematizado, não é sabe organizado.

Tulipa: Mas quando fala só sistemático, parece que o cronograma já esta realizado, ele ainda é um cronograma pouco mais... ele não tá tão pronto.

Sempre-viva: É.

Tulipa: É diferente da gente pensar em outras atividades que a gente desenvolve, como a visita domiciliar. É uma atividade consolidada, sistematizada.

Sempre-viva: Ou mesmo o grupo de diabetes, o grupo...

Tulipa: Outras as atividades coletivas. [...]

Gardênia: Eu entendi o que a Sempre-viva e a Tulipa estão falando, mas eu acho... sistematizado que nós não temos é, assim: uma coisa fechada. Assim: todo ano a partir do primeiro dia de aula até o último, em tais e tais dias vai ter isso, isso e isso, já num cronograma fechado...

Sempre-viva: E também assim o que nós vamos falar... "bararibarará" ou pelo menos algumas idéias. Isso que a gente não tem ainda

Gardênia: O que eu tenho observado é que cada vez que a gente vai com um grupo, de repente vai você e este ano é o M., vão fazer um trabalho na escola. Vai ser organizado o que vai ser feito neste momento! Em que tem a disponibilidade de estar junto com a escola que é assim, uma outra sistemática, não é uma coisa fechada ...

Tulipa: Se é duas vezes por ano, é tudo sim aqui!

Sempre-viva: É que a gente já tava querendo ir além né? (G5)

O movimento acima indica mais uma vez o processo vivenciado pela equipe, desencadeado pela pergunta e pela resposta imediata de forma assertiva, que posteriormente, com a nova a pergunta “*Sem dúvidas?*”, permite que se desencadeie novo processo de reflexão, que mesmo sem a alteração da resposta, possibilita que esta seja mais bem elaborada pela equipe em busca de um significado para além do cumprimento da tarefa, ou seja, pergunta respondida.

Com outras atividades os trabalhadores respondem prontamente a pergunta, pois são atividades priorizadas pela equipe que planeja e realiza junto, ou seja, todos os membros em todos os momentos de atendimentos na unidade estão empenhados em manter a realização dela. Um bom exemplo é a atividade de prevenção e controle da dengue.

Palma: Os agentes comunitários de saúde desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de *Aedes aegypti*?

Várias pessoas: Sim!

Tulipa: Se alguém falar não???

Violeta: Pelo amor de Deus.

Frésia: Acho que além dos agentes! Acho que todos, se alguém chegar e ver algum foco... [...].

Gardênia: Frésia, não só nas visitas porque dentro da... quando eu to atendendo um monte de gente com dengue eu to falando ...

Frésia: É. É todo mundo não é só os agentes. [...]

Angélica: Bom o padrão da 4.61, refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela equipe de Saúde da Família junto com a comunidade para a erradicação de focos domiciliares de criação do *Aedes aegypti*, orientando e atuando algumas vezes em mutirões quanto a manutenção de caixas d água, pneus, garrafas, vasos de planta etc. Considerar para respostas afirmativas a realização de no mínimo 1 atividade mensal no período de setembro a Março. [...] Bom esse é um sim, posso por mais um monte de s pra vocês aqui. (G6)

Outro bom exemplo está no fragmento abaixo no qual a equipe entende que realiza a atividade e que, além disso, ela é realizada por todos os trabalhadores da equipe: “*até as agentes comunitárias solicitam e a gente também*”. Há uma fala mais dura dizendo que a atividade não é feita conforme as regras da Vigilância Epidemiológica, pois os trabalhadores entendem que deveriam fazer um determinado número de exames por mês para estar dentro das regras. Apesar disso a equipe chega à conclusão que a atividade é realizada, pois há um processo de aprendizagem sobre o que é o sintomático respiratório e de quando é indicada a solicitação do exame.

Gérbera: A Saúde da Família realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose?

Tulipa: Deveria! Essa unidade deveria fazer no mínimo 10 BK de escarro por...

Gérbera: A gente faz Tulipa, sempre que aparece alguém tossindo aí... Até as Agentes Comunitárias solicitam e a gente também.

Tulipa: Lê o padrão porque eu acho que faz, não sei se cumpre o que a... A vigilância queria que cada unidade tivesse uma amostra aleatória de 10 BK/mês.

Camélia: Se sair pedindo de qualquer um que não tenha indicação...

Tulipa: A idéia é esta. É screening!

Camélia: Não, mas pra screening você tem que ter uma população de risco, né?
Tulipa: Tossidor.
Gérbera: Tem que ser
Camélia: Pelo menos 2 semanas e não ser só tossidor, né? Precisa ter outras características... É igual a história, vamos fazer três papanicolaou pra ter um média dessa, você faz três... entendeu ...
Tulipa: É que foi eu, a Palma e a Azaléia num treinamento. Você lembra disso, Palma? Que eles disseram que a gente tinha que cumprir um rastreamento, que eu não vou guardar na memória, mas era um valor... Faz, mas eu acho que não cumpre aquela exigência.
Angélica: Pela epidemiologia tem um número X por pessoa. Por 3000 pessoas, você teria que colher tantos BK/mês.
Tulipa: É 70 BK/ano!
Angélica: Essa é a conta que a vigilância epidemiológica faz.
Camélia: Eu concordo que você tem que fazer a busca ativa e você tem que mais ou menos encontrar isso. Por exemplo, 10%, 13% da população de Ribeirão tem diabetes. Então a gente precisa estar atento. Agora vou sair... Então tá! Já que eu tenho que fazer isso eu vou sair fazendo a glicemia de todo mundo que tá aqui, porque eu cumprio...
Tulipa: Mas é isso que eles passaram pra nós. Era em torno de 70 BK/ano por equipe pra conseguir o rastreamento que o Ministério...
Angélica: Por conta do sintomático respiratório.
Camélia: No sintomático respiratório.
Angélica: Pela vigilância epidemiológica tem um X da população que tem, que é sintomático respiratório.
Gardênia: Tem que ter 2 semanas de tosse, independente se é fumante, não fumante, se tem bronquite, se não tem bronquite. Tosse produtiva. 2 semanas ... é BK.
Angélica: Essa é a regra da Vigilância. Pelo padrão aqui, são ações para detecção de tuberculose que são realizadas, incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos.
Várias pessoas: Sim!
Angélica: É feito?
Várias pessoas: Sim! (G6)

Para outras atividades é preciso que haja uma discussão e um convencimento de que a equipe realiza a atividade. Parece que não valorizam o que é feito já que fazem uma leitura radical dos padrões do Ministério da Saúde e não realizam uma adequação do padrão para “encaixar” no trabalho que desenvolvem no dia-a-dia. Neste fragmento um dos trabalhadores chama a atenção para olhar o enunciado da questão e responder que todos os adolescentes que procuram a unidade por demanda espontânea são avaliados quanto ao crescimento e desenvolvimento e imunização. Chegam a conclusão que a atividade é realizada.

Tulipa: 50% ou mais dos adolescentes é atendidos para avaliação? Olha a pergunta! É a mesma coisa! Eu não sei se eu atinjo 50% das crianças residentes na área nessa faixa etária.
Sempre-viva: É, mas aqui ela não ta perguntando isso, ela ta perguntando dos atendidos.
Tulipa: Não! 50% ou mais dos atendidos no núcleo.
Sempre-viva: Isso! Dos atendidos, dos que são atendidos aqui...
Tulipa: Eu não entendi a pergunta.
Sempre-viva: Dos atendidos aqui, tem avaliação do crescimento e desenvolvimento? Sim. Até mais que 50%, a grande maioria!
Tulipa: 100%. Quem vem é avaliado.
Sempre-viva: Porque aqui ele não ta falando...
Angélica: dos registrados e sim do atendidos...
Sempre-viva: Dos atendidos.

Tulipa: Daí entra naquilo que a Gérbera falou, quem vem 100% é avaliado em todas...

Frésia: Tanto vacina quanto crescimento...

Angélica: Então essa é sim?

Sempre-viva: Essa é sim.

Tulipa: Ai essa pergunta... [...]

Angélica: [...] O padrão refere-se a equipe de Saúde da Família, possuir o registro da população de 10 a 14, 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consulta médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares quanto ao crescimento e desenvolvimento. Considerar uma avaliação anual. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador padrão. Tudo bem? É sim?

Todos: Sim. (G7)

Ou é necessário que se faça uma reflexão e uma discussão sobre o que vem a ser o termo utilizado, por exemplo, diferenças étnicas, e se eles realizam ou não a atividade.

Gérbera: A equipe acompanha a saúde da população, segundo as origens étnicas quanto aos riscos de vulnerabilidade associadas?

Tulipa: Não sei se é bem clara, mas a gente não olha pra isso.

Gardênia: A gente não tem tantas diferenças étnicas assim.

Tulipa: Por exemplo, na hora que você vê os italianos... afro descendentes...

Gardênia: Todos somos afro, no fundinho todos somos afro descendentes!

Gérbera: O mais branquinho orienta... É difícil você orientar um negro a usar filtro solar, mas um branquinho você vai orientar mais, quando você vê o narizinho descascado você vai orientar.

Tulipa: A investigação das anemias específicas.

Gardênia: Tem também, por exemplo, a gente sabe que algumas coisas mais prevalentes em algumas raças, mas o que a gente tem a gente não tem uma dica...

Gérbera: Então, mamografia mesmo você não pede se você não colocar a cor da paciente, não é Miriam?

Risos

Tulipa: Volta pra dizer se é branca, preta...

Gardênia: Às vezes vai fazer diferença.

Camélia: Mas eu acho que também tem a ver assim, com cultura. Assim, eu acho que a gente não tem um jeito assim. É, e aí, por exemplo, se você tem aqueles japoneses né, que foram e voltaram do Japão.

Tulipa: A gente teve no máximo 2, 3 famílias nestas características.

Angélica: O padrão refere-se a equipe conhecer e estar sensibilizada quantos aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos.

Tulipa: Isto a gente sabe.

Angélica: A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes seguimentos da população. Acho que fala aqui mais da história de que é mais hipertensão na raça negra, né?

Tulipa: É mais grave.

Gardênia: É mais comum um agravo nestas pessoas. Faz um rastreamento mais específico pra aquela faixa etária.

Angélica: Exatamente, eu acho que é isso que eles estão pedindo no padrão.

Gardênia: Isso faz! eu pensei que a gente tinha que dançar a dança da chuva.

Angélica: Então a resposta é sim?

Gardênia: A resposta é sim! (G6)

O que parece acontecer é um processo de aprendizagem e conscientização sobre os termos utilizados no instrumento da AMQ e concluem que a atividade é realizada uma vez que estão sensibilizados para as diferenças existentes entre as pessoas no que diz respeito

à incidência e gravidade das doenças e também sobre as questões culturais que podem influenciar no processo saúde-doença.

Mais uma vez aparece o processo de educação permanente na reflexão que fazem sobre o que vem a ser vigilância à saúde do trabalhador e os riscos para a saúde do trabalhador e se eles realizam ou não a atividade.

Gérbera: A equipe desenvolve ações de vigilância nos territórios tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador?

Tulipa: huuuuuummmmm!

Gardênia: Ah faz sim! Individualmente. Bom, é individual! Porque, que é que a gente faz nos casos novos todos, que o dado... sempre, todo mundo, profissão, que faz o que não faz, quando vai discutir algum caso a gente sempre vê se tem correlação com a profissão, se a pessoa tem um registro formal ou se ela é informal, a gente está numa situação de uma família com um caso importante que o pai é trabalhador informal, sofreu um acidente, tem filhos pequenos, o que a gente faz? Este tipo de coisa sim. Agora se for sistematicamente outras coisas de grupos, de campanhas...

Camélia: Se for com a gente faz também.

Gardênia: Oi?

Camélia: Se for com a equipe faz também.

Gardênia: Com a equipe também.

Magnólia: No ano passado tinha aquele cartãozinho de prevenção da LER. Era o pessoal da fisioterapia que trabalhava?

Gardênia: Eu não lembro.

Tulipa: Mas tem coisa que vem do centro de saúde do trabalhador. Sistematicamente vem.

Gardênia: A gente traz o pessoal do centro do trabalhador. Esse ano nós trouxemos esse pessoal para falar com a equipe. A partir do momento que você fala sobre a saúde do trabalhador aqui da equipe você está se emponderando de conhecimentos para você também passar para as outras pessoas.

Magnólia: Mas são ações de vigilância, né?

Gardênia: Mas a gente tem, assim, feito encaminhamentos para o médico do trabalho quando vê que é importante, talvez para o futuro daquela pessoa tenha que fazer uma readaptação, ou até...

Angélica: A equipe está sensibilizada para a ocorrência de riscos ou doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

Magnólia: Acho que sim.

Angélica: Sim?

Tulipa: Sim! (G6)

Concluem que a atividade é realizada uma vez que estão sensibilizados para os riscos e agravos ocupacionais. Mostram que há uma aproximação a um movimento de educação permanente quando dizem que uma vez que o trabalhador aprende sobre sua própria saúde se empodera para também fazer a vigilância à saúde do trabalhador.

Assim, neste processo de reflexão, de idas e vindas, aparecem propostas de planejamento para o futuro, quando percebem que podem melhorar algumas das atividades que realizam, ou mesmo passar a fazer atividades que antes não faziam e, com a utilização do instrumento da AMQ, percebem que são possíveis de serem realizadas.

Palma: A equipe de Saúde da Família trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada?

Silêncio.

Camélia: A gente tem feito um esforço nesse sentido. É quando a gente começa a trabalhar assim olha: em relação ao ensino, que é uma coisa que eu decidi que nós vamos fazer para 2010. Então que a gente vai fazer as atividades, como é que a gente vai fazer as atividades que a gente tem de grupo, mas falar que isso... eu não sei se dá pra falar: isso é uma rotina! A gente tem tentado fazer isso, um esforço... não sei porque... As reuniões de sexta-feira é pra tentar fazer o planejamento das ações pra 2010. Não só pro ensino, mas pra grupo, quem vai fazer tal grupo, quais são as atividades que a gente vai fazer na escola, que escola que a gente vai, quem são os parceiros, né? Lembra: a gente vai no Cajado mesmo ou a gente vai lá pra EMEI que a gente tem aqui?

Sempre-Viva: Mas eu acho que também a gente pode considerar que a gente faz, por exemplo, esse ano teve o problema da H1N1. A equipe se programou pra isso! Então o que fez? Fez um impresso, nós entregamos nas casas, entregou no acolhimento... Não deixa de ser uma maneira integrada porque aí trabalhou o médico dentro do consultório, trabalhou o ACS nas casas e trabalhou o pessoal da enfermagem no acolhimento. Porque tinha vez que chegava pro acolhimento, mas não entrava pra consulta! E a gente, às vezes, não encontrava em casa. Também tem isso em relação às vacinas, que a gente acaba fazendo isso integrado, o médico no consultório dá uma reforçada, a gente reforça nas casas...

Camélia: Mas a gente está pensando nele integrado aqui, o diagnóstico, o planejamento e a realização, não só entre as categorias, mas eu acho que é pensando, olha, a gente faz o diagnóstico, planeja e realiza a ação? E não avalia ainda depois? A gente faz isso bonitinho ou não? Eu acho que a gente se esforça e tenta fazer isso, mas falar que isso é uma... não sei... O que vocês acham?

Palma: Então, a Tulipa faz reunião com a gente toda semana, e a gente faz isso: a gente planeja, olha: essa semana tem essa prioridade, não sei o quê, a gente ta sempre discutindo família e planejando e vendo o resultado depois. Então a gente já tem isso de costume, agora com todo mundo, integrado aí eu não sei... mas dizer que não faz, eu acho também que não dá pra dizer que não faz... o que a gente ta tentando eu acho que ta valendo!

(trecho inaudível)

Camélia: Mais ou menos! Porque acho que na verdade a gente ta tentando! Agora, a gente não faz nada! Acho que também não é isso!

Sempre-Viva: É! Eu acho que a gente mais faz do que não faz!

Camélia: Mas ainda não faz do jeito que a gente gostaria de fazer!

Sempre-Viva: É! Sim! Mas eu acho que assim, dizer que sim está mais perto da realidade do que dizer que não! Esse não, ta mais longe da realidade! Entendeu?(G3)

O grupo percebe, ao discutir a integração das ações no conjunto da equipe, que não realiza a atividade rotineiramente, mas falam da avaliação do ano de 2009 e do planejamento para 2010. Falam de novas propostas e de uma nova organização para os trabalhos do ano que está para se iniciar. Olham o trabalho do ano que está acabando e conseguem enxergar que em alguns momentos as ações foram planejadas a partir de um diagnóstico de saúde da comunidade e realizadas por todos os membros da equipe. Também conseguem analisar que há momentos entre ACS e enfermeira que esse planejamento é feito, mas que não inclui toda a equipe. Fazem a opção pela resposta positiva pelo esforço que a equipe vem fazendo nesse sentido.

Verificamos no conjunto das questões abordadas o esforço da equipe, o repensar posto ao olhar para o processo de trabalho em que se inserem; processo este difícil, complexo, processo de se auto-analisar não dentro de um campo específico de trabalho,

mas na perspectiva do trabalho em equipe. Tarefa a ser perseguida, estimulada, mas presente de certa forma na equipe investigada.

4.4. A AMQ – possibilidades e críticas ao instrumento

O instrumento da AMQ foi apresentado à equipe de maneira que pudesse conhecer a metodologia proposta e os instrumentos utilizados, porém sem que o padrão (para cada um dos estágios de qualidade) proposto pelo Ministério da Saúde fosse explicitado no impresso distribuído aos participantes. Isso, de certa maneira, causou um desconforto na equipe, pois os trabalhadores não sabiam o que era esperado como resposta à questão. Assim durante todo o processo, há inflexões dos trabalhadores no sentido de olhar para o trabalho, questionar o instrumento e verificar ao mesmo tempo suas potencialidades para a análise do trabalho.

Os trabalhadores, a cada questão, parecem precisar da confirmação de que fazem o trabalho de maneira “correta” através da leitura do padrão. Ainda parece que entendem que o padrão vai legitimar o que pensam e o trabalho que realizam. Ao mesmo tempo, os trabalhadores da equipe entendem que poderiam direcionar a resposta se tivessem a “cola” e que não pensariam e nem discutiriam tanto para chegar a um consenso, em relação às questões propostas pelo Ministério da Saúde.

Camélia: Onde que tá essa colinha?

Risos, todos falando juntos. [...]

Camélia: Eu tô falando isso porque, por exemplo, o que você tem aí, que é o padrão da pergunta, vai ajudar a gente a clarear o que é a resposta.

Sempre-viva: Mas não pode estar escrito aqui senão a gente cola! Eu ia colar!

Camélia: Mas não é colar! (G1)

Como o instrumento traz apenas duas opções de respostas (sim ou não) e não possibilita que o entendimento seja de que a atividade é realizada, mas não como está no padrão, isto provoca uma reação negativa sobre o “não faz”, como já apontado, pois, em relação ao cadastramento e atualização, por exemplo, insistem em dizer que a atualização é feita por meio de pequenas modificações no cadastro; analisam o que a equipe faz e buscam a resposta mais próxima daquilo que acreditam realizar.

[...] Camélia: se tem alteração você vai fazer!

Azaléia: Sempre dá uma olhada...

Palma: Pergunta...

Sempre-viva: Mas você não pergunta de todo mundo que mora na casa!

Azaléia: Pergunta!

Sempre-viva: Mas você não anota o cadastro!

Gérbera: Você não anota o cadastro, mas você pergunta! Você faz o cadastro!

Camélia: Eu acho que esse vai se o nó... a Angélica já tá rindo lá, porque eu acho que a gente vai discutir o que é o cadastramento! Então é só anotar o telefone ou é o fato de você perguntar quem está na casa?

Sempre-viva: Não! É a família... Mas aí eu pergunto... Só quem tá na casa?

Eu pergunto como é que está o seu Fulano, como é que tá a Fulana...

Fulano tem consulta... eu não pergunto só quem está na casa.

Gérbera: Mas alterar os moradores também é o cadastro. É uma forma de cadastro!

Azaléia: Eu também acho!

Tulipa: Ô Sempre-viva, isso é uma forma indireta de perguntar quem tá na casa! Se você chega e fala: teve alguma... Como que está sua família? Você não fez uma pergunta... Ela vai dizer: meu pai morreu! Ah! O seu pai morreu? Indiretamente fazer essa pergunta e...

Gérbera: E ir fazendo o cadastro!

Camélia: ... tem um netinho morando!

Sempre-viva: Isso! Então por exemplo: é uma família de dez pessoas, você vai perguntar das dez? eu pergunto assim: e aí como é que tá? E aí ela vai falar por exemplo que tem um menor, tem, um diabético, tem um hipertenso...mas eu não pergunto de um por um! Tá tudo bem com a família?

Tulipa: Se entre esses dez tiver um idoso você vai ter que um dia que ver se tem um diabético, um hipertenso... ou não? É só uma pergunta geral e atestou esse fato.

Sempre-viva: Não...

Tulipa: Não... você tá me dando um dado importante! Inclusive quando você faz uma pergunta geral, você espera o que vem, e as vezes vem mais legítimo, né? O que traz o que não traz... Mas tem algumas perguntas na ficha B que se você não fizer elas diretas você não vai ter resposta. (G1)

Embora fique explícita a busca pela equipe de certo reforço positivo sobre o que o se coloca como certo, e embora o instrumento feche a possibilidade da resposta para “sim ou não”, há um movimento interessante de refletir sobre o que fazem e como fazem, mesmo que ao final fique novamente a solicitação do padrão, da “cola”.

Silêncio

Sempre-viva: eu quero cola!

Camélia: eu ainda acho que a gente faz uma parte, mas a gente não chegou naquilo que a gente gostaria de chegar! (G3)

Assim, a crítica está presente em relação ao instrumento por não contemplar o trabalho em curso pela equipe, com uma possibilidade de maior flexibilização na avaliação, com a sugestão de que o instrumento deveria trabalhar com uma escala de gradações e não de frequências polares (sim ou não). Desta forma, parece estar presente uma preocupação de trazer a necessidade de apontar para a potencialidade do trabalho da equipe, que deveria ser contemplado no instrumento.

Tulipa: Não! A idéia é que... enquanto você ia falando e eu ia batendo o olho... ele poderia ter entre o concretizado e o não concretizado, uma escala. Eu me lembrei de um outro instrumento que eu não vou me lembrar qual é que fala assim: muito freqüente, nunca, às vezes... que são as graduações que me daria a idéia do processo de consolidação de alguma coisa... Mas eu acho que vai ser muito legal trabalhar com esse instrumento! Só pelos olhos que já correu aqui! (G1)

Ao fazerem as reflexões a partir da estruturação e das questões do instrumento falam da possibilidade de repensar algumas atividades se estas estiverem com a resposta negativa. Como trazido anteriormente, acham que se ficar anotado que não fazem, podem depois prestar mais atenção a essas atividades e melhorar a oferta/realização delas. Explicitam sua impressão sobre a “dureza” do instrumento, mas entendem que em um momento posterior vão poder olhar e melhorar a atenção que ofertam, ao passo que se responderem sim parece que a atividade

vem sendo realizada perfeitamente e, então, responder que “não”, ajuda a identificar o que precisa melhorar e que a equipe tem potencial para isto.

Camélia: eu acho que nesse, a resposta aqui a gente deveria dizer, pensando que a gente tenta fazer, mas que a gente ainda não faz o que a gente gostaria...

Sempre-viva: Então a gente vai por sim ou não?

Camélia: Eu to entendendo que você está sugerindo o não?

Sempre-viva: Isso! E a Papoula acha que sim! Mas será que pode ver a cola?

Papoula: Não, eu acho que não!

Sempre-viva: Então acho que não, você está concordando com ela!

Camélia: Quem acha que sim, todo mundo? Frésia?

[...] Frésia: É! Então... Eu fico no meio termo, porque... se disser que não, parece que a gente não fez isso!

Sempre-viva: É o que eu acho! Acho que dá a impressão que você não fez! Eu penso por esse lado assim, sabe? Porque eu penso assim que a gente mais fez do que não fez!

Camélia: Mas então eu acho que a gente olhando aqui, a gente vai olhar depois e falar assim: nossa! o que a gente faz? Opa! Isso aqui tem que melhorar! Entendeu? Se tiver sim será que...

Sempre-viva: É isso é uma outra coisa!

Camélia: Isso é uma coisa: o que eu preciso fazer? Bom, o sim é o que a gente faz tudo. Então vamos para os não!

Sempre-viva: Então vê a cola! [...] (G3)

Com o caminhar do processo foram entendendo que as conversas e discussões que foram surgindo traziam as críticas ao instrumento e também as possibilidades que se configuram para a equipe com sua utilização.

Entre elas a equipe vê, no instrumento, uma maneira de olhar e analisar o trabalho subsidiando discussões que já foram feitas no sentido de planejar o próximo ano de trabalho e mostrando caminhos e possibilidades de mudança para a equipe. Apontam que a metodologia utilizada, e os instrumentos que estão respondendo, já ajudam a equipe na possibilidade de mudanças apenas por provocar discussões e possibilidades de consensos a respeito das propostas colocadas. Neste sentido, a busca do consenso parece que vai se configurando como de menor importância, pois a possibilidade de parar, conversar, discutir, analisar o trabalho que vem sendo realizado, se mostra mais promissora.

Camélia: E aí vai ajudar, né?... as atividades ...

Tulipa: E eu acho que vai subsidiar aquela outra discussão que a gente tava um pouquinho na marcha-ré... eu acho que ela passa pra uma marcha mais... É possível olhar isso? É!

Camélia: Diante da nossa auto-avaliação: se elementar, em desenvolvimento, consolidado ou não... onde é que a gente quer chegar e usar esse instrumento de avaliação... para aquela discussão que a gente tinha feito na unidade. Para 2010.

Tulipa: Por enquanto... é só uma pergunta: o que a gente quer fazer em 2010? (risos) e, assim, acho que esse instrumento pode nos mostrar formas, né? Assim ó: isso daqui tá em que fase? Eu acho que é bem legal! Por isso que a gente queria a pesquisa também. [...] acho que é porque a gente tá vendo isso como uma possibilidade da equipe mudar, né? (G1)

Há uma fala sobre a possibilidade de, a partir da utilização do instrumento, fazer uma auto-avaliação do trabalho da equipe no sentido de alcançar uma melhoria da qualidade deste. Como em alguns momentos o instrumento solicita atividades além das previstas

como elementares da ESF, há uma reflexão acerca da população que foi eleita como prioritária (crianças até 2 anos e acamados) e acerca de se fazer algumas mudanças nessa priorização, ainda em busca dessa melhoria da qualidade.

Tulipa: É nós precisamos olhar pra este instrumento [...] e fazer a *mea culpa* gente! Nosso padrão de visita precisa melhorar olhando esses pontos que o instrumento está alertando! Será que a gente também, não está precisando olhar pra essa família que a criança já fez 2 anos? Concorro com o que você falou, com o que a Quitéria falou, faz 2 anos, a gente dá uma esfriada.

Camélia: Mas eu acho que a gente priorizou, isso só não com a 5 anos, mas é com a 3, a 2 anos, a gente prioriza por exemplo acamado. Porque a gente tem um número muito maior, e pra gente a gente priorizou até 2 anos e também priorizou o acamado!

Tulipa: Nós temos bastante crianças até 5 anos.

Camélia: E que agora, talvez, pode ter outra proposta, a gente vai até os 5. Eu acho que por isso o instrumento é legal de discutir, entendeu? [...] (G6)

Comentam a possibilidade de reflexão que o instrumento traz de apontar questões que precisam ser melhoradas no trabalho. Apontam vantagens em olhar o trabalho e poder avaliar o que está bom e o que pode melhorar. Trazem o fato de que responder negativamente não faz da equipe uma “*equipe ruim*”, mas mostra o que ainda é preciso investir na qualificação das atividades desenvolvidas e propor intervenções para incrementar a atenção ofertada à população do território.

Camélia: Acho que este instrumento ajuda muito a equipe, pra gente pensar no planejamento das ações. Acho que, às vezes, a gente tem muito medo de falar que a gente não faz, muito medo, como se a gente quisesse falar que a gente faz sim! A gente faz algumas coisas! Eu vejo este instrumento como a gente começou a discussão: pra gente olhar para os não, o que a gente não faz e qual o potencial que a gente tem pra fazer. E pensar nisso, porque se a gente avalia e vê que faz tudo, então a gente não precisa melhorar nada! Então se a gente olha e vê que não faz, então o que a gente pode fazer pra tentar melhorar? Acho que... [...] Mas eu to querendo dizer assim: escrever que faz isso aqui mensal, não significa que tá ruim, não significa que a unidade está ruim, significa que a gente tem potencial pra melhorar. O que a gente precisa fazer pra melhorar, pra alcançar o sim. Vejo muitas vezes esse não como um olhar, como um alerta: olha a gente não tá fazendo direito, do jeito que seria o padrão! Entendeu? E isso é uma coisa pra gente olhar não como uma coisa ruim, o que a gente tem potencial pra melhorar, e como pode melhorar!

Silêncio

Camélia: Dizer não, não é ruim! (G3)

A fala de Camélia é bastante provocativa para que a equipe possa pensar sobre o significado que dá ao seu trabalho, e ao mesmo tempo provocar uma reflexão e uma resignificação junto aos trabalhadores do sentido do processo de “avaliação”, não como um processo punitivo, coercitivo, excludente, mas onde distintas dimensões podem estar presentes para se repensar e se recriar o trabalho, e neste sentido, inclui outras leituras sobre o próprio trabalho, das alternativas que podem ser identificadas e colocadas em ação pela equipe.

Uma crítica bastante presente durante os encontros e discussões da equipe são os termos utilizados no instrumento. Os trabalhadores questionam em várias situações os termos utilizados no instrumento: *grupo operativo*, *abordagem problematizadora*, *registros de aspectos*

variados do território, exclusão social, perspectiva da redução de danos, dentre outros, indicando que a não compreensão do significado da terminologia utilizada (mesmo que seja de uso comum na área da saúde) prejudica a realização da auto-avaliação pela equipe, uma vez que pode haver um grande número de respostas negativas.

Aqui, cabe um parêntesis, para retomar um aspecto já colocado, uma vez que novamente se traz a busca do “certo” e “errado” talvez por certa compreensão já arraigada de que a avaliação apresenta este caráter prescritivo, corretivo, coercitivo e não como um movimento necessário permanentemente para a busca de qualidade e de inclusão de outras possibilidades de análise no trabalho.

Em uma situação específica, questionam o termo “exclusão social” para entender se fazem ou não a atividade. Porém, ao mesmo tempo em que questionam o que é “exclusão social”, dão um exemplo de priorização do atendimento e da busca da rede social de apoio para uma pessoa que certa vez procurou pela unidade. Os trabalhadores querem a definição dada a “exclusão social” e de certa forma questionam o instrumento por não “mastigar” alguns termos usados.

[...] Tulipa: Queria entender um pouco o que ele está chamando de exclusão social. É morador de rua?

Palma: Paciente acamado

Tulipa: Paciente acamado é isolamento social? Esta é a pergunta anterior. Exclusão: o que está chamando de exclusão?

Palma: Acho que seria este paciente que você falou. Só que a gente não tem isso aqui né. [...]

Tulipa: Não fala? Porque daí eu fico pensando o que é exclusão... Analfabeto sim, porque a gente tem tentado fazer um trabalho diferenciado. [...]

Palma: Porque assim, exclusão social seria mais morador de rua, mas como a gente não tem aqui to tentando só adaptar.

Silêncio.

Gérbera: Nesse sentido acho que tem

Tulipa: O analfabetismo é claro pra mim, a exclusão social eu queria entender melhor. [...] a gente teve a situação de uma catadora que a nós conseguimos reintroduzi-la num grupo de catadores, emponderar, mandar as crianças pra creche, consegui escrevê-la em programa de renda mínima. Eu me lembro dessa pessoa. [...] (G3)

Esta mesma questão é trazida quando surge a pergunta sobre a *redução de danos*, sendo que ao mesmo tempo em que a crítica é colocada, os trabalhadores da equipe vão fazendo um movimento de trazer sua compreensão sobre o termo e de como o operacionalizam em suas ações.

Tulipa: Você vê como o instrumento causa dúvida né? O que é perspectiva da redução de danos. É a mesma questão: o que é grupo operativo? A fala da colega me esclareceu, eles não tão falando em quadro operativo, estão falando em grupo não psiquiátrico. O que é perspectiva de redução de danos? O instrumento não traz esclarecimento! O que é abordagem problematizadora? Então é um instrumento que pra mim traz coisas que representam... conhecer a perspectiva de redução de danos, pode ter tudo isso que a gente está falando. Eu desconheço essa perspectiva. Pode ser tudo que a gente já faz, mas põe um nome que você...

Sempre-viva: E porque a gente não deixa essa sem responder, e pesquisa? Pesquisa e depois a gente responde ela de novo!

Tulipa: Eu pus aqui, não há consenso do que é redução danos. Nem sim nem não! É uma pergunta que engasgou igual outras, que, na minha opinião, é problema do instrumento! Já que o seu trabalho também vai olhar para o instrumento, tem que esclarecer isso! Quando a pessoa fala, ela quer dizer o quê? Pode estar muito bom na cabeça do carinha que planejou esse instrumento. Tinha que ter assim: clique aqui redução de dano!

Sempre-viva: Porque, eu sei lá! Eu encaro que prevenção é quando você não faz, e eu to prevenindo que você vá fazer aquilo, né? Prevenindo! Na minha opinião, por exemplo, eu não bebo! Agora, se eu já bebo muito e eu começo a reduzir... é redução gente!

Gérbera: Você está fazendo uma prevenção pra você não morrer de uma cirrose, pra você não avançar...

Várias pessoas falam

Sempre-viva: Mas é redução na bebida! Você não concorda que na bebida eu não to prevenindo? Ele já bebe, gente!

Gardênia: Espera só um pouquinho. Tem um nível de prevenção em vários níveis, só pra esclarecer, tem um nível de prevenção que é o primeiro deles que é esse que vocês estão falando, a pessoa não tem nada, você vai fazer orientações e ações pra que ela não venha... ta? Daí tem a prevenção secundária, terciária que é assim depois que a pessoa já é usuária de alguma coisa, você vai fazer ações de prevenção pra que ela não desenvolva uma consequência. Então tem vários níveis. E com esta prevenção, você vai tentar reduzir os danos, mas não é...

Angélica: E não é perspectiva da redução de danos?

Gardênia: Eu acho que é! Eu acho assim: quem acha que é perspectiva? Você acha? Você acha?

Sempre-viva: Quem mais não acha?

Gardênia: Fala! [...] Não acha!

Tulipa: Eu não sei o que é!

Gardênia: Acha que sim, e você? Acha que sim!

Sempre-viva: Você Estrelizia.

Estrelizia: Sim.

Gardênia: Sim. Então ta! Deu a maioria.

Sempre-viva: Então deu a maioria.

Gérbera: É tem que ser assim se não nós não acaba!

Angélica: Se você quiserem pensar sobre isso...

Gardênia: Acho que é bom a gente fazer este exercício!

Tulipa: A primeira coisa que eu vou fazer vai ser plugar ali, sobre perspectiva de redução de danos. A prevenção e a promoção têm várias abordagens que são questões teóricas imensamente difíceis e elas podem ter uma perspectiva mais na determinação da doença.

Gérbera: A gente pode colocar num seminário depois.

Sempre-viva: Redução de danos.

Gérbera: Podem fazer um seminário pra nós!

Várias pessoas falam ao mesmo tempo

Gardênia: Independente de qualquer coisa, ou até do próprio jeito que coloca, que o próprio instrumento se coloca. Se existe dúvida, mas o objetivo disso é chegar num consenso e nós chegamos! Com dúvidas, mas nós chegamos.

Angélica: Tudo bem? (G5)

Este é um movimento bastante rico e do ponto de vista do processo de educação permanente em saúde, necessário para que os trabalhadores possam dar um sentido e um significado ao seu trabalho que os impulse a buscar alternativas (de análise, de crítica, de intervenção) para o processo de trabalho, em que encontram-se inseridos. (PINTO *et al.*, 2010; CECCIM; FEUERWERKER, 2004, CECCIM, 2005).

No desenvolvimento desta investigação, outras questões se fizeram presentes no sentido de que os trabalhadores pudessem pensar o processo de avaliação para além dos termos que podem não ser compreendidos, ou do padrão mais polar das respostas, ou seja, apesar de certa “dureza” e inflexibilidade do instrumento, sua aplicação leva à equipe a um processo de análise de como processa a atenção prestada, de forma que mesmo os pontos colocados como críticas, podem se transformar em potentes disparadores de processos de educação permanente da equipe, e como possibilidade de apontar questões que precisam ser melhoradas no trabalho, porque não são realizadas, porque não são realizadas segundo o padrão colocado pelo Ministério da Saúde, porque não foram pensadas pela equipe. Reiterando o que já comentado, há desta forma a indicação de que é bom olhar o trabalho e poder avaliar o que está sendo desenvolvido de forma adequada e o que pode ser melhorado, e que o fato de responder negativamente a uma destas questões não faz com que a equipe se transforme em uma “*equipe ruim*”, mas mostra o que ainda é preciso incrementar e qualificar no trabalho desenvolvido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. Considerações finais

Desenvolver este estudo representou uma oportunidade de trabalhar com uma questão delicada, muitas vezes vista como de controle – a avaliação – de uma maneira diferente do que habitualmente ela é vista. Trabalhamos com um instrumento criado pelo Ministério da Saúde para auto-avaliação das equipes de Saúde da Família do país, que fecha suas respostas em “sim” e “não”, (o que muitas vezes, faz com que a equipe que o responde se sinta frustrada ou incapaz de realizar o trabalho conforme os padrões colocados pelo Ministério da Saúde), de modo a provocar na equipe discussões para entender, analisar, planejar e qualificar seu próprio trabalho a partir da realidade vivida no cotidiano.

Durante nossos encontros, nas discussões empreendidas pela e com a equipe, deixamos claro que nossa intenção não era avaliar, comparar ou classificar o trabalho da mesma, mas sim discutir e entender que nosso trabalho pode sempre melhorar, e que a avaliação de serviços assume este caráter de permitir um novo olhar e de possibilitar alternativas. A experiência de vivenciar as discussões durante os encontros nos permitiu, também, refletir sobre nosso próprio trabalho e se constituiu numa oportunidade única de crescimento e de aprendizagem pessoal e profissional.

Nossa aposta inicial foi que a compreensão de que o processo desencadeado pela pesquisa, com a utilização da AMQ poderia trazer movimentos de reflexão e mudança, e conseqüentemente, de possibilidades de reorganização do processo de trabalho nesta equipe. Pretensão que em última análise poderia ser o crescimento e fortalecimento da equipe, e indiretamente, de fortalecimento da Atenção Básica na região de ação da mesma.

Assim, o processo de análise do empírico nos levou à identificação dos quatro temas que se entrelaçam, se repetem e se complementam, num movimento de vai-e-vem, de idas e vindas que foram empreendidos pela equipe durante as discussões e que se traduzem também quando nos referimos, a todo o momento, no processo de escrita deste estudo.

Assim, retomando o objetivo proposto para a investigação, qual seja de analisar o processo de auto-avaliação desencadeado por uma equipe de Saúde da Família vinculada à Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – SP, mediante a utilização da metodologia da AMQ na Saúde da Família; verificamos que a equipe em movimentos permanentes foi construindo um caminhar no processo de reflexão e análise de seu trabalho, permitindo que esta pudesse olhar para o próprio trabalho analisando as atividades que realiza e como elas são realizadas.

Este árduo caminhar se deu em determinados momentos, por movimentos de resistência e negação da possibilidade da crítica, com a equipe muitas vezes respondendo afirmativamente às questões postas, frente à possibilidade de ser considerada uma “*equipe ruim*”, caso respondesse negativamente. Este movimento se fez presente, talvez pelo

entendimento construído historicamente de que o processo de avaliação (ou mesmo de auto-avaliação) significa coerção, exclusão, punição, apesar dos esclarecimentos que fizemos a respeito da finalidade deste estudo.

Ao mesmo tempo, a equipe empreendeu movimentos de análise e exame crítico do que realizam com inflexões bastante importantes na busca de alternativas de qualificação da atenção à população de sua área de abrangência. Neste sentido, ao reconhecerem que há a possibilidade do “*não*” (não realizado, não realizado conforme o padrão, não pensado como de responsabilidade da equipe), iniciam um processo de reflexão e de busca de resignificação do sentido da avaliação, agora sendo entendida, como a possibilidade de se repensar e se redesenhar o trabalho através de alternativas que podem ser identificadas no processo e colocadas em ação pela equipe.

O processo evidenciou aspectos do cotidiano do trabalho que, muitas vezes, não tinham sequer sido notados/valorizados pela equipe, assim como permitiu outro olhar para o dia-a-dia, para a rotina a que são submetidos os trabalhadores da equipe, com a possibilidade inclusive de indicar pistas para o planejamento do trabalho na unidade visando à qualificação da atenção que prestam.

Divergências e convergências em relação ao trabalho desenvolvido, problemas enfrentados, sucessos alcançados, o que deu certo em determinado momento do passado, intervenções propostas pela equipe, foram alguns desses aspectos. Trouxe à tona os princípios da Atenção Básica presentes no dia-a-dia do trabalho que foram sendo identificados, apontados, compreendidos, re-conceituados e valorizados pelos próprios trabalhadores permitindo repensar as condições de trabalho e, conseqüentemente, indicações para a qualificação do atendimento à população sob responsabilidade desta equipe.

Dificuldades e potencialidades da articulação dos diversos fazeres e saberes e da troca de conhecimentos entre trabalhadores da equipe ou entre trabalhadores e usuários, também apareceram nas discussões, proporcionando que a equipe entendesse a necessidade dessa articulação no desenvolvimento do trabalho cotidiano na busca do trabalho realizado em (realmente) equipe.

Além das questões do trabalho cotidiano, a pesquisa permitiu que, durante as discussões, os aspectos ligados à função de formação de recursos humanos para o SUS inerente aos NSF ligados à Universidade mostrassem que esse outro pilar da atuação dos NSF traz para a equipe uma sobrecarga de trabalho com a necessidade de se fazer a supervisão de estudantes/residentes que utilizam a unidade como campo de estágio, pois a ausência de supervisão direta, por trabalhadores ou por docentes ligados à Universidade, incomoda o estudante/residente e, de certa forma, deixa a desejar segundo os mesmos para o aprendizado. Apesar disso, este fato leva a equipe a pensar em alternativas de mudanças na

organização do trabalho, apontando possibilidades que podem favorecer o aprendizado da equipe e dos estudantes/residentes.

Verificamos no conjunto das questões abordadas o esforço da equipe, o repensar posto ao olhar para o processo de trabalho em que se inserem; processo este difícil, complexo, muitas vezes doloroso e frustrante, processo de se auto-analisar não dentro de um campo específico de trabalho, mas na perspectiva do trabalho em equipe. Tarefa a ser perseguida, estimulada, mas presente de certa forma na equipe investigada.

REFERÊNCIAS

6. Referências

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. da; HARZHEIM, E. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; [e. cols] **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Capítulo 7, p.88-100.

AQUINO, R. Conhecendo o Território. In: BAHIA (Estado). Manual para treinamento introdutório das equipes de Saúde da Família. Cadernos Técnicos, volume 2, 2001. p.42-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Supervisão em serviços básicos de saúde**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982, 19p. [Textos Básicos de Saúde, 1].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.140 de 10 de outubro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; (elaborado por: ESCOREL, S. (Coord), GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H., MAGALHÃES, R., MAIA, M.C., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004b. Institui a Política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em www.saude.gov.br/sgtes Acesso em: 06 de junho de 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia saúde da Família/Ministério da Saúde**. Brasília, 2005.

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, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, fev.2006b, Seção 1. Disponível em http://www.conasems.org.br/intraconasems/arquivo/legislacao/DO1_2006_02_23.pdf Acesso em: 12 de julho 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n.2, p.219-230, 2000

CASTILLO, R.L.D. **A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária de Saúde**. 2010. 149f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Educação, Saúde**. Botucatu, v.9, n.16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde, conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Capítulo 2, p. 29-48.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, MCS; DESLANDES, SF (orgs.) **Caminhos do pensamento. Epistemologia e método**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, cap. 7, p. 195-223.

FEKETE, M.C.; Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, José Paranguá de (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p.177-184.

FERREIRA, J.B. **Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde**. 2007. 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (ESF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et al (org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Capítulo 3, p.55-124.

GAIOSO, V.P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP**. 2007. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

GUEDES, A.A.B. **A informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro**. 2007. 178f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

IBAÑEZ, N. *et al*. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 683-703, 2006.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E.V. (org.) **Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996. 310p.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MEHRY, EE; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo. Hucitec, 1997. Capítulo 6, p.197-228.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.

MINAYO M.C.S. et al. **Programa agentes de saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990. 60p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. 5.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998. 269p.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2003. 153f. Tese [Livre-docência] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S.M. **A organização dos serviços de saúde na atenção básica – desafios para o trabalho em saúde e de enfermagem**. Aula apresentada no concurso para provimento de cargo de Professor Titular junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 26 de março de 2009.

NUNES, T.C.M. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.466-476, out/dez., 1986.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina, 10ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p. 175-194, 1989.

Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud – **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**.Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de posicionamento da Organização Pan – Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS. 2008 p. 29.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia: atualização. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, M.J.B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto** – SP. Ribeirão Preto, 2008. 237f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2008.

PINTO, E.E.P.; ARAUJO, M.D.; MATUMOTO, S.; CAPOZZOLO, A.A.; CARDOSO, M.R.L.; MISHIMA, S.M. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, março-junho, p. 77-96, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2005-2008. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Relatório de Gestão 2009**. Ribeirão Preto, 2009a. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/conselho/i16ind-gestao.htm> Acesso em: 24 jun. 2010

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, 2009b. 108p. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/vigilancia/planeja/i16indplano.htm>. Acesso em: 10 de junho 2010

SCOCHI, M.J. (coord.). **Estudo de linha de base em 20 municípios da região Sul na implantação do Proesf: avaliando a atenção básica**. Maringá, abr. 2007. 146p.

SILVA, E.M. **A Supervisão do Trabalho de Enfermagem em Saúde Pública no nível local**. 1997. Tese [Doutorado]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, A.S. **Análise crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2003, 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SOUSA, M.F. de *et al.* Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dez. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; [e. cols] **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Capítulo 6, p.76-87.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. Resgatando a subjetividade. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75 - 98.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov/dez. 2002.

VASCONCELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, E.V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.6, p.155-172.

VENÂNCIO, S.I. *et al.* **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família** – AMQ estudo de implantação no estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 112p. (Temas em Saúde Coletiva)

VIEIRA, E. M. *et al.* Classification of families according to their needs: a strategy for managing health inequalities. In: 16TH WORLD CONGRESS OF FAMILY DOCTORS, 2001, Durban. Family Medicine: the Leading Edge. Abstract book. Durban-South Africa: WONCA, 2001. p. 188-189.

7. Apêndices

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Grupos Focais

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Utilização da Avaliação para a Melhoria da Qualidade – AMQ pelas equipes de Saúde da Família – uma perspectiva de avaliação no nível local*. Este estudo tem como objetivo analisar a utilização da metodologia da AMQ na Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Família vinculadas à USP em Ribeirão Preto – SP. Assim, gostaríamos de contar com sua participação para a realização dos grupos focais realizados com os trabalhadores da equipe, que serão gravadas em fita eletromagnéticas e serão destruídas após a conclusão da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima

Orientadora – Professor Titular junto ao
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – USP
Av. Bandeirantes 3900 CEP14040-902
Telefone para contato: (16) 3602-3951
smishima@eerp.usp.br

Maria Angélica Leite Nogueira Domingos

Pesquisadora – Mestranda junto ao Programa
de Pós-Graduação – Enfermagem em Saúde Pública
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Av. Bandeirantes 3900 CEP14040-902
Telefone para contato: (16) 36023951
marcianogdom@ig.com.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa *Utilização da Avaliação para a Melhoria da Qualidade – AMQ pelas equipes de Saúde da Família – uma perspectiva de avaliação no nível local*. Este estudo tem como objetivo analisar a utilização da metodologia da AMQ na Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Família vinculadas à USP em Ribeirão Preto – SP. Estou ciente de que os grupos de discussão terão seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2009.

Assinatura _____

8. Anexos

ANEXO I

Instrumento nº4
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 Saúde da Família 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 , 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 a 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 par 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 uma das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.			
4.07	D	A equipe realiza o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes.	(S) (N)
O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.			
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, m, 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 organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microáreas. 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	(S) (N)
As solicitações de exames são registradas 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.			
4.14	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 da 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 conhecimento. 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 à ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação para 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 atendimento 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 da 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 informação 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 à 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 com o eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.			
4.31	B	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços	(S) (N)
A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.			

Q Avançada

4.32	A	A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.	(S) (N)
A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar tanto na USF quanto na comunidade, situações em que processos subjetivos, tais como: estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			
4.33	A	Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.	(S) (N)
Padrão refere-se à oferta dos serviços basear-se em uma organização flexível e sensível, que concilia o planejamento das ações às necessidades da população. Nesta situação, o planejamento das ações por ciclo 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 a 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 e 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 à saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convivência 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 são crianças e mulheres.			
4.46	C	A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de alguma atividade do tipo alongamento, capoeira, caminhadas, dança e práticas orientais (lian-cong, tai-chi-chuan, Chi-cong e outras) por profissionais habilitados. Considerar como afirmativa, também se as ações são desenvolvidas em parcerias com organizações sociais.			
4.47	C	A ESF desenvolve estratégias par 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 Pastora da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva de 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 do 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 realização 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 ao atropelamento. As ações educativas poder 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 movimento 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 na 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 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 considerada 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 media 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 <i>Aedes aegypti</i> .	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos focos domiciliares de criação do <i>Aedes aegypti</i> orientando (e atuando algumas vezes em 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 de setembro-março.			
4.62	E	A ESF realiza notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo.	(S) (N)
A ESF conhece e realiza procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a alimentação fidedigna do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN			

Q Desenvolvimento

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

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 busca ativa para detecção de novos casos de hanseníase na população	(S) (N)
O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção de hanseníase.			

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 riscos às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por automedicação, entre outras.			
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.			

Q Avançada

4.69	A	A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidade associados.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quando 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.			
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/saudedotrqabalhador). Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros d equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.			

Instrumento nº5
Atenção à Saúde
Saúde de Crianças

Q Elementar

5.01	E	Existe registro atualizado de crianças até 5 anos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminada 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.			
5.02	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.			
5.03	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 reidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácias.			
5.04	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.			
5.05	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 de cobertura com sete consultas, independente do momento em que foram realizadas.			
5.06	E	90% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão com a 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.			
5.07	E	A ESF realiza a 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 pag. 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 é que estejam estabelecidas as situações de atendimento imediato pelo médico (http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)			

Q Desenvolvimento

5.08	D	80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, está 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 5.05, considerando como denominador a população total de crianças em situação de risco. Calcular a média simples entre os 12 meses avaliados.			
5.09	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 Cida 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 meios de consultas médica e de enfermagem, VSD, 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.			
5.11	C	A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até cinco 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 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	(S) (N)
Considerar o período de 24 meses para avaliação deste indicador-padrão. Os dados estão contemplados no SIAB, sendo também um dos indicadores presentes no Pacto Indicadores da Atenção Básica. Busca avaliar se as ações dirigidas à população infantil estão repercutindo sobre os indicadores de saúde. O padrão exige apenas que as internações em nº absoluto estejam em constante queda ou não tenham ocorrido casos nos últimos 2 anos.			
5.15	B	A desnutrição entre as crianças menores de 2 anos tem sua incidência em curva descendente ou é inexistente.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento da desnutrição na população até dois anos, observando se no período compreendido pelos últimos 24 meses a curva apresenta-se como descendente ou não aconteceram casos. Implica no acompanhamento do peso da população nesta faixa etária pelos membros da ESF (ver SIAB).			

5.16	B	Houve redução do número absoluto ou ausência de casos de RN baixo peso ao nascer.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento do peso dos RN da população observando se, nos últimos 24 meses, vem ocorrendo redução ou ausência do número absoluto de RN com baixo peso ao nascimento. Este padrão reflete, principalmente, os cuidados prestados durante o pré-natal.			
5.17	B	Todos os óbitos neonatais são investigados.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1.500 g. As orientações para investigação estão descritas no 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 (camisinhas, 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 4 a 6 consultas. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta do feto (após 4º mês).			
5.33	E	São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de atividades educativas mensais, vinculadas às consultas, com a população de gestantes em atenção pré-natal, de maneira regular e programada, abordando temas relativos à gravidez, parto, período puerperal e cuidados com o RN.			
5.34	E	A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.			
5.35	E	A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.			

Q Desenvolvimento

5.36	D	A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.			
5.37	D	A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos diabéticos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.			
5.38	D	Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.			
5.39	D	80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os diabéticos em acompanhamento.			
5.40	D	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se à ESF monitorar e desenvolver ações de captação precoce de gestantes (até o primeiro trimestre da gravidez, ou seja, 90 dias) para início da atenção ao pré-natal. O levantamento pode ser realizado pela ficha B- GES do SIAB. Calcular o percentual, considerando para avaliação os últimos 12 meses e verificar se atende aos parâmetros estabelecidos para o padrão.			
5.41	D	80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas.	(S) (N)
O indicador-padrão refere-se ao monitoramento do percentual de gestantes que realizaram no mínimo sete consultas ou mais de pré-natal de baixo risco durante a gestação, considerando-se os últimos 12 meses. Verificar se este percentual atende aos parâmetros estabelecidos pelo padrão de qualidade.			

5.42	D	A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	(S) (N)
O padrão refere-se à realização de ações de educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.			
5.43	D	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama.	(S) (N)
O padrão refere-se à programação e realização de ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, no mínimo a cada dois meses, envolvendo desde as ações de orientação e auto-exame até a sensibilização e realização da citologia de colo uterino buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%.			
5.44	D	A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, realizando busca ativa das usuárias com exame positivo, encaminhando ou realizando a intervenção indicada.			
5.45	D	Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a).	(S) (N)
O padrão refere-se à abordagem do (a) parceiro (a) estar padronizada e ser realizada em todas as situações de abordagem terapêutica das DST pelos profissionais de nível superior da ESF.			
5.46	D	80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.	(S) (N)
O padrão-indicador refere-se à continuidade das ações de cuidado no período puerperal, considerando para avaliação, os últimos 12 meses. A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, uma consulta (médica e/ou de enfermagem) for realizada até 42 dias após o parto.			
5.47	D	É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais da nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.			
5.48	D	A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe possuir, documentado em papel, o registro dos portadores de transtornos mentais, discriminando tipo de transtorno, idade, sexo, endereço, situação familiar, grau de autonomia e se está em acompanhamento pela referência.			

Q Consolidada

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

5.51	C	A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente	(S) (N)
O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.			
5.52	C	A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.	(S) (N)
O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.			
5.53	C	O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas.			
5.54	C	A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.			
5.55	C	A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.			
5.56	C	80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.	(S) (N)
Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.			
5.57	C	O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se ao exame clínico de mama ser realizado, no mínimo uma vez ao ano, sistematicamente em todas as consultas de mulheres na faixa de 40 a 69 anos como uma rotina do serviço. Desconsiderar os casos de recusas por parte das usuárias, relacionadas a fatores culturais.			
5.58	C	A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.			
5.59	C	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.			
5.60	C	A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas aos portadores de necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, dentre outras.			

Q Boa

5.61	B	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.			
5.62	B	Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 20 e 59 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, quanto às condições gerais de saúde e prevenção de agravos. Para resposta afirmativa, considerar 50% da população de homens nesta faixa etária.			
5.63	B	A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.			
5.64	B	Houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por acidente vascular cerebral nos últimos 24 meses, para a população adscrita entre 40 e 69 anos, acompanhada. É um dos temas abordados pelo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.			
5.65	B	Houve redução do nº absoluto de internações por Infarto Agudo do Miocárdio.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada.			
5.66	B	Houve redução do nº absoluto de internações por complicações decorrentes do Diabetes Mellitus.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por cetoacidose e coma diabético nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada. É um dos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.			
5.67	B	Houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais.	(S) (N)
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações psiquiátricas dos portadores de transtornos mentais do território nos últimos 24 meses.			

Q Avançada

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

Saúde de Idosos**Q Desenvolvimento**

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

Q Consolidada

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

Q Boa

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

Q Avançada

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

Violência/ Causas externas

Saúde indígena

Quilombolas

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

ANEXO I

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 16 de julho de 2009.

Of. N°.139/09/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada em 14 de julho de 2009, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa: **“Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ): instrumento para monitoramento das ações na Saúde da Família criando possibilidades no cotidiano”**, protocolo n°.333/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª. e como pesquisadora Maria Márcia Leite Nogueira Domingos (aluna do Programa e Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP), **foi aprovado ad-referendum.**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Silvana Martins Mishima

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.