



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia
Saúde da Família

Documento Técnico

Brasília – DF
2005



Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Documento Técnico

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G
6.º andar, sala 635
70058-900 Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-3434 / 3315-2391
Fax: (61) 3226-4340
E-mail: avaliacoes@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/caadab

Coordenação Geral:

Eronildo Felisberto

Coordenação Técnica:

Iracema de Almeida Benevides

Consultoria Especializada em Avaliação e Qualidade:

Ana Cláudia Figueiró – IMIP
Carlos Eduardo Aguilera Campos – UFRJ
Daphne Rattner – Área Técnica de Saúde da
Mulher/DAPE/SAS/MS
Francisco José Pacheco dos Santos – Secretaria
Estadual de Saúde da Bahia

Consultoria Internacional em Qualidade:

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

Elaboração:

Organização Panamericana da Saúde (Opas)
Julio Suarez e Juan Seclen

Organização das Nações Unidas para a Educação,
Ciência e Cultura (Unesco)
Heloíza Machado de Souza

Instituto de Qualidade em Saúde / Ministério da Saúde de
Portugal (IQS)
Luis Pisco

Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira (Imip)
Ana Cláudia Figueiró; Eroneide Valéria da Silva; Gisele
Cazarin

Ministério da Saúde:
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em
Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

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

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

Conteúdo: Documento Técnico – Caderno de auto-avaliação n. 1: gestão municipal da saúde – Caderno de Auto-avaliação n.2: coordenação municipal da estratégia saúde da família – Caderno de Auto-avaliação n. 3: unidade saúde da família – Caderno de Auto-avaliação n. 4: equipe saúde da família: parte 1 – Caderno de Auto-avaliação n. 5: equipe saúde da família: parte 2.

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

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

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

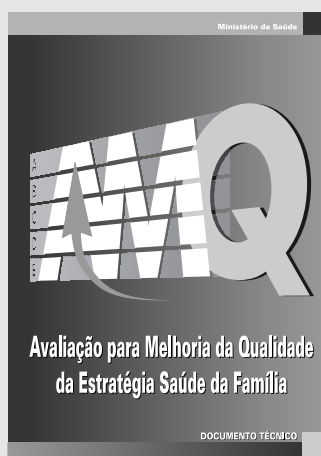
NLM W 84

Catálogo na fonte – Editora MS – 2005/1197

Títulos para indexação:

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

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



APRESENTAÇÃO

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) considerando a necessidade dessa ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nos últimos 10 anos a Atenção Básica, no Brasil, tem alcançado intensa transformação a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação das suas práticas buscando uma efetiva mudança de modelo. Tal iniciativa objetivou também ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de saúde e organizar a demanda aos demais níveis de atenção, alcançando grupos sociais até então excluídos de um cuidado integral em saúde.

Durante este período o investimento na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados ao primeiro nível de atenção do sistema, conduziu a um crescimento contínuo do acesso da população às ações e serviços de saúde. Contudo, mantêm-se premente o desafio de aprimorar o desenvolvimento organizacional intensificando os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar a estratégia como o eixo estruturante de reorganização da atenção básica com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo.

A proposta de *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. Neste sentido, a utilização da avaliação da qualidade constitui-se ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

Saraiva Felipe
Ministro de Estado da Saúde

ÍNDICE



APRESENTAÇÃO	7
I. Introdução	9
II. Justificativa	11
III. Objetivos	13
IV. Diretrizes da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	14
V. Estratégia Saúde da Família: princípios, diretrizes e campos de atuação	15
VI. Qualidade da atenção à saúde na perspectiva da estratégia Saúde da Família	22
VII. Metodologias de avaliação da qualidade em saúde	23
VIII. Abordagem para avaliação da qualidade da estratégia Saúde da Família	25
IX. Padrões de qualidade: definição e metodologia de construção	31
X. Estágios de Qualidade na proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	36
XI. Aspectos previstos para a implantação da proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade	40
XII. Atribuições das Esferas Gestoras	42
XIII. Experiências internacionais de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde	44
Bibliografia	47
Anexo	49
Instrumento 1: Desenvolvimento da Estratégia SF	56
Instrumento 2: Coordenação Técnica das Equipes	66
Instrumento 3: Unidade Saúde da Família	74
Instrumento 4: Consolidação do Modelo de Atenção	82
Instrumento 5: Atenção à Saúde	94

I. Introdução

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

Avaliar significa formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Frequentemente a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição, classificação e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. Em outra direção, muitas vezes encontramos o conceito, ou pré-conceito, de que avaliação é um conjunto de saberes muito complexo, utilizável apenas por especialistas dos serviços e da academia.

Em relação à qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo tão subjetivo que não existem caminhos definidos para avaliá-la. Também se dissemina, indevidamente, o pensamento de que não é possível oferecer serviços de boa qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscando superar estes limites de concepção baseados em precedentes históricos e culturais, a presente proposta situa a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS – devendo ambas serem apropriadas por qualquer profissional envolvido com a estratégia Saúde da Família.

Este documento reúne as referências conceituais, metodológicas e operacionais de um modelo de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família construído a muitas mãos. Técnicos, *experts*, gestores, profissionais dos serviços, das instituições de ensino e pesquisa, e das instâncias de controle social das três esferas de governo participaram e contribuíram de maneira preciosa para sua elaboração.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família é uma proposta à qual os gestores municipais deverão aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade.

- Propõe como metodologia nuclear, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Situa, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia.
- Orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas partindo da formulação atual da estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação). Possibilita a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, assim como das potencialidades e pontos consolidados. Orienta, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados, de maneira estratégica.
- Poderá ser utilizada como referência para a organização da estratégia Saúde da Família nos municípios, devido ao seu forte aspecto orientador, pedagógico e indutor de boas práticas em saúde.

O conteúdo referido nesse documento não pretende esgotar ou ser exaustivo no que se refere ao campo da avaliação e da qualidade em saúde. Também não serão oferecidos trilhos lineares para alcance da situação ideal em relação à qualidade dos serviços de saúde. Porém, estão apontados caminhos e possibilidades a serem lapidados por diferentes atores nos diferentes campos de atuação da estratégia.

II. Justificativa

Oferecer à população ações de saúde acessíveis, resolutivas e humanizadas é uma responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. Investir na melhoria da qualidade dos serviços, considerando todos os níveis de atenção significa promover a saúde, reduzir riscos e a morbi-mortalidade¹, garantindo maior efetividade e eficiência³.

O acelerado crescimento da estratégia Saúde da Família e os investimentos recentes na sua expansão após 10 anos de implementação trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade². Também demanda a constituição de espaços de atuação destinados a assegurar a qualidade do seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes. Para tal se requer a participação de todos os atores envolvidos na organização da estratégia e na oferta e demanda do atendimento básico, a fim de desenvolver metodologias e ferramentas para as ações de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e serviços oferecidos⁴, incluindo os aspectos organizativos e operacionais.

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários.

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

Essa proposta integra um conjunto de ações, atividades e experiências desenvolvidas no âmbito da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, que, por sua vez, está inserida em um processo mais amplo de fortalecimento da institucionalização da avaliação nas três esferas de gestão do Sistema. Confirma-se assim, o compromisso do Ministério da Saúde em investir, para além da ampliação de serviços, na melhoria contínua da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde e no fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação efetivos, instrumentos essenciais na gestão do SUS.

III. Objetivos

Geral:

Fomentar o Monitoramento e a Avaliação dos estágios de qualidade da estratégia Saúde da Família

Específicos:

- Disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções e, impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na estratégia Saúde da Família;
- Contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família;
- Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes;
- Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas;
- Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia;
- Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde.

IV. Diretrizes da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Diretrizes

- Processo auto-avaliativo;
- Livre adesão pelos gestores municipais, que deverão sensibilizar e mobilizar coordenadores e equipes a participarem;
- Ausência de incentivos (premiações) ou sanções (punições) financeiras ou outras relacionadas aos resultados;
- Utilização de aplicativo digital para alimentação de banco de dados e emissão de relatórios por internet;
- Integração às atividades desenvolvidas no âmbito dos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Usuários da proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade:

O desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade parte do pressuposto de que a gestão, a estrutura e os processos correntes de implementação de ações, funcionamento de serviços e práticas podem ser melhorados com o objetivo de alcançar a qualidade desejada⁵. Porém, usuários deste processo podem ser de diferentes lugares e com interesses distintos. Sendo assim caberia definir o público alvo da presente proposta.

Considerando os objetivos da proposta de avaliação da qualidade, como parte de uma iniciativa de qualificação que permitirá impulsionar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, entende-se que a sua implantação seja de interesse imediato do gestor local, uma vez que tal iniciativa poderá fornecer informações de diversos aspectos para a melhoria tanto da gestão quanto da prestação de serviços na atenção básica. Por se tratar de uma iniciativa voluntária, sua realização estará condicionada ao interesse do responsável local em conhecer as dificuldades e os avanços experimentados pela estratégia, bem como, à decisão política e ao compromisso de atuar sobre os problemas identificados e dar sustentabili-

dade à situações positivas. Portanto, está previsto que a qualificação da estratégia Saúde da Família se dê por adesão formal e voluntária.

Entende-se, também, que os profissionais de saúde devem estar envolvidos com o desenvolvimento da proposta, à medida que estes são atores responsáveis pela concretização dos planos de ação a partir de suas práticas cotidianas nos serviços de saúde. As suas atitudes no processo de trabalho estão relacionadas aos conhecimentos disponíveis, às suas experiências prévias e ao contexto onde estão inseridos. Alguns destes aspectos serão abordados na avaliação da qualidade das equipes de saúde e permitirão reconhecer dificuldades e obstáculos para a elaboração e desenvolvimento de planos de ação, apontando os investimentos necessários, sua natureza e direção, em função da reorganização da atenção básica esperada tendo como eixo a estratégia Saúde da Família.

Os níveis estaduais e federal de coordenação do Programa Saúde da Família também se configuram como usuários deste processo. Para estes a identificação dos principais problemas verificados e o acompanhamento dos resultados em melhoria da qualidade, com conseqüente repercussão nos resultados das ações e práticas das equipes de saúde, permitirão a melhor compreensão sobre o modo como vem sendo desenvolvida a estratégia nas diferentes realidades do país. Tal conhecimento apontará áreas prioritárias para o aperfeiçoamento das diretrizes e para a divulgação de experiências de trabalho inovadoras e resolutivas, identificando novas linhas de ação e diferentes abordagens dos problemas e necessidades dos usuários do sistema de saúde, assim como as mudanças na situação de saúde da população.

Beneficiários da Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade:

Os principais **beneficiários** desta iniciativa são os próprios usuários do sistema de saúde, identificados como foco da proposta. O alcance de níveis mais avançados de qualidade no desenvolvimento da estratégia Saúde da Família 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.

V. Estratégia Saúde da Família: princípios, diretrizes e campos de atuação

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde tem estabelecido as bases para a implantação e funcionamento da estratégia Saúde da Família desde 1994. A organização da estratégia no município orienta-se segundo diretrizes operacionais pré-definidas que irão, por sua vez, nortear a forma de funcionamento das unidades e a prática das equipes, incluindo a normatização segundo áreas de intervenção e linhas estratégicas de ação. Há de se destacar que os municípios têm buscado, para além do cumprimento de diretrizes operacionais, explorar todas as potencialidades da estratégia no sentido de alcançar equidade e integralidade na assistência à saúde.

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a proposição da estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica. Experiências pioneiras como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) adotado pelo Ministério da Saúde em 1991, serviram como inspiração para o Programa Saúde da Família. Desde então, o modelo vem sendo aprimorado e estendido a todo o país como uma estratégia para este nível de atenção. Em junho de 2005 havia 22.410 equipes de Saúde da Família implantadas em 4.791 municípios brasileiros, representando 86,2% destes e oferecendo cobertura a 40,9% da população brasileira.

Atualmente a estratégia Saúde da Família vem sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a Atenção Básica, proporcionando, em um território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde^{6,7}. As ações desenvolvidas estão centradas na família, percebida a partir do seu ambiente sócio-cultural. O trabalho neste âmbito estrutura-se a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), onde fica sediada a equipe multiprofissional com responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Esta organização favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas^{1, 8}.

Tendo como pressupostos para seu desenvolvimento os princípios do SUS, a estratégia Saúde da Família enfrenta como grandes desafios o alcance da cobertura universal e da equidade. A melhoria da qualidade e a humanização do cuidado são outros objetivos a serem conquistados. O desenvolvimento de suas práticas requer a integração de uma alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento, com o estabelecimento de novas habilidades e de mudanças de atitudes¹. Além disso, e concordante com os princípios da Atenção Primária em Saúde que aponta a importância da capacidade de coordenação das ações com outros profissionais e níveis de atenção, espera-se uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Para alcançar tais propósitos foram destinados incentivos financeiros, educativos e políticos visando à redefinição do objeto das ações de saúde, a reorganização do sistema local de saúde e a reorientação dos processos de trabalho e das práticas de saúde.

Princípios da estratégia Saúde da Família

Incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, integralidade, equidade e participação social - o trabalho na estratégia Saúde da Família é desenvolvido com base nos seguintes princípios norteadores⁹:

- 1. *Caráter substitutivo:*** a estratégia SF não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolubilidade da assistência.
- 2. *Integralidade e Intersetorialidade:*** a USF está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Espera-se que o resultado do trabalho da equipe, com seus saberes e práticas, possa identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual. As unidades devem, ainda, estar vinculadas à rede de serviços, de modo que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Compreendendo a integralidade no seu sentido mais amplo, para além da garantia de assistência em outros níveis de atenção, a coordenação municipal e as equipes devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária as suas ações e práticas, visando atender aos requisitos essenciais da promoção da saúde e prevenção das doenças.

3. Territorialização: o trabalho organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município. A equipe implantada nessa lógica trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita (podendo variar entre 2.400 a 4.500 pessoas), realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. No espaço de atuação das equipes, a definição de micro-áreas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias permite identificar as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

4. Equipe multiprofissional: as equipes de Saúde da Família estão minimamente compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de dezembro de 2000, com a criação do incentivo financeiro para inserção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família, observou-se um crescimento progressivo desses profissionais trabalhando na estratégia. A portaria nº 673/GM/MS, de junho de 2003, prevê incorporação de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família dentro das seguintes possibilidades: um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) ou ainda, somando-se a esses dois, a presença do técnico de higiene dental (THD). As ações de promoção da saúde bucal se inserem em um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica da assistência odontológica, integrando-se às demais práticas coletivas.

Outros profissionais – a exemplo de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas - poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração populacional existente no território sob sua responsabilidade. A abordagem dos problemas e necessidades de saúde, bem como, o modo de organização e funcionamento da estratégia, na perspectiva da integralidade, requer da equipe a capacidade de articular requisitos técnicos a uma prática que considere os contextos individual, familiar e coletivo, e as relações entre os profissionais, desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes.

5. Responsabilização e vínculo: as equipes assumem como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isto devem desenvolver

esforços para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

6. Estímulo à participação da comunidade e ao controle social:

A gestão local deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

Campos de atuação da estratégia Saúde da Família:

As práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica devem abranger todas as etapas referidas ao processo saúde-doença e às áreas de intervenção, tais como segue:

A **Promoção da Saúde** foi definida pela OMS (1986) como “o processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre, e melhorem sua saúde”. Os pré-requisitos para saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos¹ como “paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social”. Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive¹⁰.

A **Prevenção de doenças e agravos** adota enfoque na redução dos fatores de risco para indivíduos e grupos sociais, contando para tal com os conhecimentos e metodologias acumuladas pela saúde coletiva em suas diversas áreas e ações programáticas. São enfatizadas ações de prevenção primária através da promoção de saúde (evitar o aparecimento da doença na população geral, intervindo nos fatores de risco), e proteção específica (evitar o aparecimento da doença em grupos sub-clínicos ou grupos de risco). Estas incluem as ações previstas na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

A **Assistência e o Tratamento** (prevenção secundária) se dirigem ao reconhecimento precoce da doença, a adoção de medidas de tratamento individual, familiar e comunitário integrais em conformidade com o nível de atenção e o desenvolvimento atual da tecnologia em saúde. Para isso, as equipes de saúde devem ter acesso a condições de trabalho que garantam a qualidade do atendimento aos pacientes, às famílias e à comunidade, bem como, a garantia da referência aos demais níveis de atenção do sistema.

A **Reabilitação** da saúde (prevenção terciária) tem por propósito restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como consequência do processo de adoecimento. No contexto da estratégia Saúde da Família, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação quando necessário.

Linhas Estratégicas de Ação

As linhas estratégicas de ação elencadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001¹¹ definem um conjunto de atividades prioritárias a serem operacionalizadas na área de abrangência das equipes. Estas linhas estratégicas servem de referência inicial para a organização dos serviços e processos de trabalho, porém não contemplam a amplitude das ações realizadas pela estratégia Saúde da Família. Aspectos relacionados ao privilegiamento da família como foco da atenção, construção do vínculo, equidade e integralidade no cuidado são exemplos não abrangidos pela Norma.

Espera-se que o conjunto das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das equipes devam abranger todas as fases do ciclo de vida humana (crianças, adolescentes, jovens, mulheres e homens adultos, idosos), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, malária, dengue, alcoolismo) e ações programáticas (saúde mental, saúde do trabalhador, programas de reabilitação comunitária).

Considerou-se, assim, na elaboração da proposta e dos instrumentos de Avaliação para Melhoria da Qualidade, esta visão ampliada da organização, funcionamento e práticas de saúde no âmbito da estratégia.

Diretrizes para o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF):

As ESF devem buscar conhecer o que ocorre em sua área de abrangência e, com essa informação (diagnóstico de saúde) elaborar o planejamento e acompanhamento das ações, o monitoramento das situações de risco e doenças e a avaliação. Espera-se que os serviços e práticas sejam organizados em permanente interação com a comunidade. Assim, as principais diretrizes para o trabalho são⁴:

1. Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação, no que se refere aos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição da população.
2. Realizar o cadastramento da população adscrita.
3. Elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade.
4. Executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, e doenças relacionadas com o trabalho e ambiente.
5. Prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população, buscando articular os demais níveis de atenção para garantir integralidade no cuidado.
6. Organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando a relação com o usuário.
7. Desenvolver processos educativos com a população através de grupos comunitários, enfocando aspectos de melhoria de saúde e qualidade de vida.

8. Promover ações intersetoriais e com organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde, trazendo para o debate o tema da cidadania, do direito à saúde e suas bases legais.
9. Incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social.

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

A adesão dos municípios à estratégia Saúde da Família variou conforme o porte, tendo os municípios menores conseguido operacionalizar sua implantação mais precocemente e com maior facilidade que os municípios de grande porte. Este fato está relacionado a múltiplas variáveis, tais como: complexidade sócio-sanitária, existência de modelos de atenção em saúde já estabelecidos e aspectos da organização urbana (edifícios, condomínios, áreas de invasão), perfil e formação dos profissionais, dentre outros.

Buscando superar as diversas limitações relacionadas à expansão da estratégia nas grandes cidades e centros urbanos, foi desenvolvido um projeto cujos objetivos principais são incentivar e ampliar o número de equipes, formar profissionais para o trabalho na estratégia e fortalecer os processos de monitoramento e avaliação nessas localidades.

O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para o fortalecimento da atenção básica no país¹². O Projeto está estruturado em três componentes de atuação:

- I. Apoio à conversão e expansão da estratégia Saúde da Família – dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes.
- II. Desenvolvimento de recursos humanos da estratégia Saúde da Família – dirigido a estados e municípios, independente do porte.
- III. Monitoramento e avaliação – dirigido a estados e municípios, independente do porte.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família integra o componente III do PROESF, juntamente com os Estudos de Linha de Base e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, dentre outras ações.

VI. Qualidade da atenção à saúde na perspectiva da estratégia Saúde da Família

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências.

Assim, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais)^{13, 14}.

Para fins desta proposta, qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos^{15, 16}. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente.

VII. Metodologias de avaliação da qualidade em saúde

Existem diferentes alternativas para avaliar a qualidade das ações, serviços e práticas de saúde com o objetivo de desenvolver processos de melhoria da qualidade. Elas variam segundo os propósitos de promoção da qualidade a que se destinam, o objeto da melhoria da qualidade ou os mecanismos utilizados.

A perspectiva poderá ser de natureza **externa**¹⁷ ou **interna**, dependendo do agente que solicita, conduz ou torna válida a avaliação. Dentre aqueles de natureza externa tem-se a Acreditação, a Certificação e o Licenciamento, em que agentes externos formulam o resultado final, seja ele uma pontuação, um certificado ou uma licença. A Avaliação para Melhoria da Qualidade baseia-se na perspectiva interna de avaliação, considerada mais adequada para a estratégia Saúde da Família por ser conduzida, em todas as suas etapas, pelos próprios atores envolvidos.

Avaliação externa:

Acreditação: É um processo de avaliação e medição da qualidade formal do trabalho desenvolvido por uma organização de saúde, que utiliza padrões definidos por uma Comissão de Acreditação (geralmente uma organização não governamental) alheia à instituição a ser credenciada. A Comissão reconhece como de excelência um serviço ou organização de saúde que, tendo desenvolvido um processo de melhoria da qualidade, supera os padrões pré-estabelecidos para medição. O processo de acreditação é voluntário (solicitado pela organização a ser acreditada), periódico e sistemático, e tem aplicação em contexto nacional, regional ou local.

Certificação: Processo através do qual uma instância organizacional (governamental ou não), avalia e reconhece uma pessoa¹⁸ ou organização que cumpre requisitos ou critérios pré-estabelecidos (exemplo: ISO-9000).

Licenciamento: Processo através do qual uma autoridade governamental outorga permissão a um profissional de saúde individual ou a uma organização de saúde para prestar serviços de saúde. Sustenta-se no cumprimento de certos requisitos mínimos para a oferta de serviços. A licença tem um período de vigência que requer renovação contínua, segundo a *International Organization for Standardization (ISO)*¹⁹.

Avaliação interna:

Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ): processos orientados à promoção da qualidade na atenção à saúde de maneira sistemática e contínua, destinados a atingir níveis de qualidade orientados pelo modelo de atenção em sintonia com as demandas sociais e os avanços científico e tecnológico em saúde²⁰.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família utiliza a perspectiva interna de avaliação, articulando elementos da avaliação normativa e da melhoria contínua da qualidade (MCQ), apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços. A partir de critérios e padrões pré-estabelecidos, busca impulsionar processos de melhoria da qualidade, oferecendo ao gestor um instrumento de trabalho facilitador para alcançar os propósitos da estratégia.

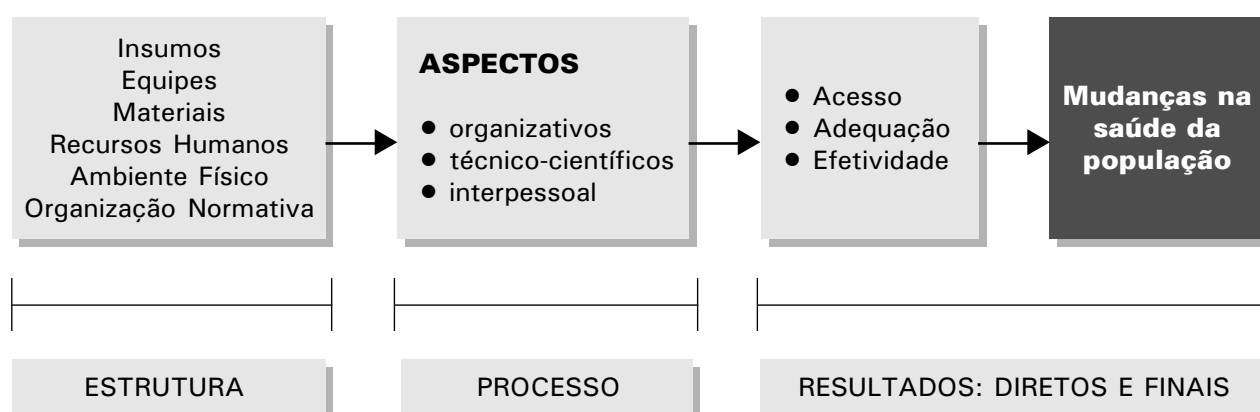
Avaliação para Melhoria da Qualidade

- Perspectiva de avaliação: interna
- Processo participativo que inclui gestores, profissionais e demais atores envolvidos com a intervenção
- Instrumentos que facilitam a identificação dos estágios de desenvolvimento da estratégia considerando o âmbito da gestão e do trabalho das equipes
- Iniciativa articulada dos três níveis de gestão da estratégia Saúde da Família (municipal, estadual, federal)
- Promoção da cultura avaliativa e de gestão da qualidade no âmbito da atenção básica de saúde
- Processo inserido em um programa de melhoria contínua da qualidade

VIII. Abordagem para avaliação da qualidade da estratégia Saúde da Família

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família adota, como referência conceitual no campo da avaliação, o modelo proposto por Donabedian baseado na teoria dos sistemas em que se considera os elementos **de estrutura, de processo e de resultado**²¹, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais.

Figura 1: Elementos de avaliação das equipes de Saúde da Família



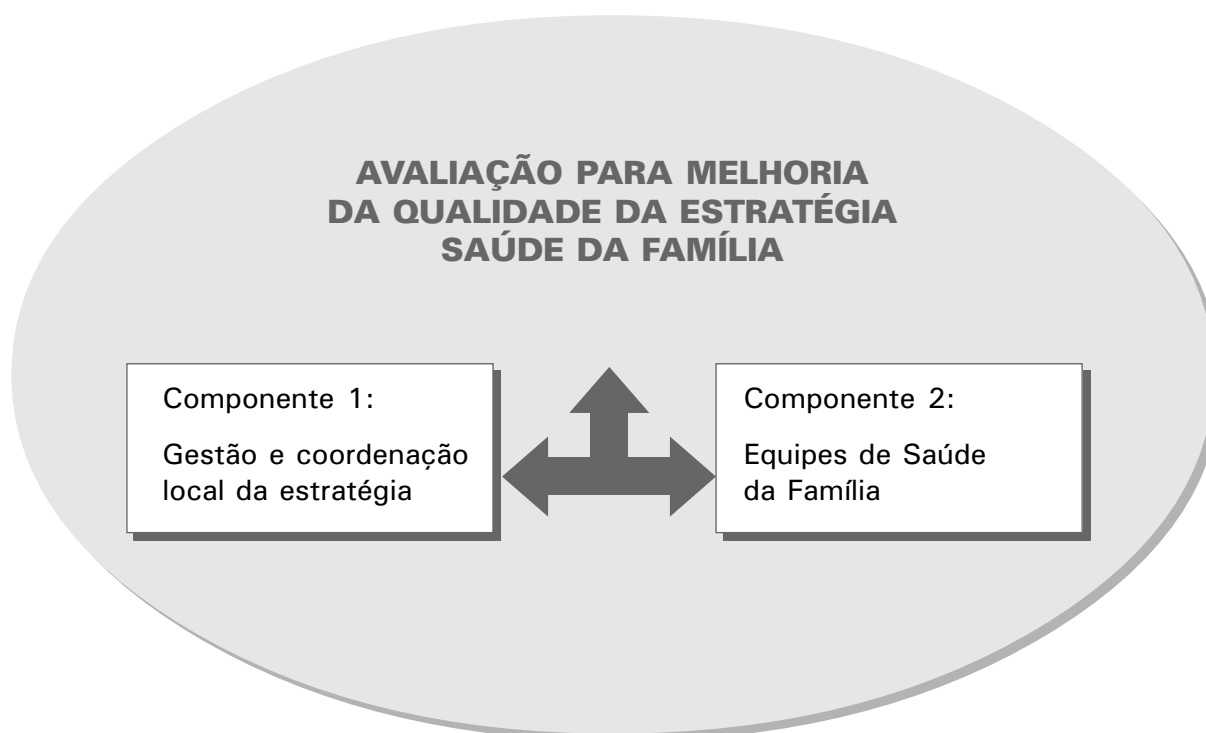
Partindo desse referencial, definiu-se as linhas gerais da proposta:

1. Os instrumentos de auto-avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de **processo**, especialmente os processos de trabalho, considerando que estes oferecem possibilidades mais amplas e acessíveis de intervenção quando os problemas são identificados. Embora com menor ênfase, os aspectos de estrutura e resultado também são tomados como parâmetros para avaliação da qualidade, a partir de uma visão dinâmica de estágios de qualidade inter-relacionados²⁵.

2. Foram escolhidos dois componentes nucleares ou unidades de análise para a avaliação: **Gestão e Equipes**. Posteriormente, elencou-se as atividades desenvolvidas em cada um deles, determinando as subdimensões temáticas dos instrumentos. Para cada subdimensão foram propostos e validados padrões de qualidade. Embora os dois componentes estejam organizados de maneira equivalente, como elementos paralelos, não se deve relevar o fato de que o componente gestão determina as condições e oportunidades para o componente equipe acontecer, baseando-se no entendimento de que a adesão, coordenação e construção das condições favoráveis para implantação e implementação da estratégia dependem fundamentalmente da vontade política dos gestores municipais. Deve ser ressaltado, ainda, que os elementos de estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores.

Em diversos padrões avaliativos, propostos para ambos os componentes, são ressaltados o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes por parte de gestores, coordenadores e profissionais, assim como iniciativas voltadas para mudanças nos processos de trabalho e nas práticas das equipes, com vistas ao desenvolvimento efetivo de ações intersetoriais e de promoção da saúde.

Figura 2: Componentes ou Unidades de Análise para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família



Os aspectos da **gestão municipal da estratégia Saúde da Família** a serem avaliados incluem a prioridade dada pelo gestor de saúde à estratégia, contemplando seu caráter substitutivo, sua capacidade de conduzir ações intersetoriais, a organização, o planejamento, a gestão do trabalho, o funcionamento e o gerenciamento das ações e serviços, monitoramento e avaliação, bem como a participação social na sua elaboração, execução e controle. Esses elementos devem expressar os princípios da estratégia tomados como referência para sua implantação e desenvolvimento no município.

Os aspectos referentes à **estrutura** para o funcionamento dos serviços e as práticas das equipes Saúde da Família, incluem:

- o Infra-estrutura: profissionais e pessoal de saúde das USF, ambiente físico (unidades, disponibilidade de consultório, **local** próprio para o atendimento, reuniões de trabalho, atividades educativas), equipamentos. Embora a provisão da infra-estrutura seja verificada nas USF, esta é compreendida como uma responsabilidade do coordenador local.
- o Normatização: existência e utilização de manuais de procedimentos, guias de conduta, sistemas informatizados, dentre outros.

Para avaliação das **Equipes de Saúde da Família** serão enfocados aspectos de processo e de resultado relacionados aos campos de atuação, objetivos e diretrizes estabelecidos.

Atenção integral	● Promoção da Saúde
	● Prevenção de agravos e doenças
	● Diagnóstico precoce e Tratamento
	● Reabilitação
Objetivos e diretrizes da estratégia SF	● Diagnóstico
	● Planejamento das ações
	● Utilização de normas e protocolos
	● Avaliação de cobertura, desempenho e resultados
	● Promoção de ações intersetoriais
	● Atenção centrada na família e na comunidade

Os **Processos** referem-se às ações previstas para a estratégia e o funcionamento das unidades, bem como as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Os processos, no que se refere à prestação de serviços de saúde, serão avaliados segundo os aspectos organizativo, técnico-científico e a relação interpessoal²².

Aspectos organizativos:

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

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

Aspectos técnico-científicos:

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

Relação interpessoal:

- o Acolhimento: relaciona-se diretamente com a comodidade e o trato humanizado que o serviço oferece ao usuário, além da dimensão operacional, de escuta das queixas e necessidades de saúde, buscando uma atenção resolutiva por meio da articulação dos serviços da rede²³. Este aspecto é fundamental à medida em que influi no nível de confiança entre o provedor e usuário, aderência às indicações, continuidade no atendimento, respeito individual, satisfação dos usuários.
- o Comunicação interpessoal: os resultados em saúde dependem, em grande parte, do nível de informação e da comunicação que possa existir durante a realização das práticas. Aspectos de relevância referem-se às informações sobre o processo saúde-doença, riscos à saúde, tratamento, prognóstico, prevenção, efeitos colaterais dos medicamentos, minimização de riscos, cuidados de saúde.

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

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

O quadro 1 mostra a estrutura geral de Unidades de Análise (Componentes) definidas para a Avaliação para a Melhoria da Qualidade e as respectivas subdimensões ou áreas temáticas.

Quadro 1: Componentes ou Unidades de análise, Dimensões e Subdimensões propostos para a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Componentes ou Unidades de análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/ Implementação da SF no município Integração da Rede de Serviços Gestão do Trabalho Fortalecimento da Coordenação
	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração Acompanhamento das Equipes Gestão da Educação Permanente Gestão da Avaliação Normatização
	Unidade SF	Infra-estrutura e Equipamentos da USF Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipes	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família Acolhimento, Humanização e Responsabilização Promoção da Saúde Participação Comunitária e Controle Social Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças Saúde de Adolescentes Saúde de Mulheres e Homens Adultos Saúde de Idosos Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada Padrões Loco-regionais

IX. Padrões de qualidade: definição e metodologia de construção

Definição e Características dos Padrões:

Um padrão é definido como um nível de referência de qualidade que deve ser atingido pela organização com fins de demonstrar um determinado grau de qualidade e excelência. O padrão é a declaração da qualidade esperada²⁴. O seu sentido é afirmativo ou positivo e eles expressam expectativas e desejos a serem alcançados. Na formulação dos padrões de saúde deve-se considerar que sejam apropriados ao momento, aceitáveis para os usuários e aplicáveis.

Padrões de qualidade são utilizados, freqüentemente, em ambos os mecanismos de avaliação da qualidade, internos ou externos. Diante do crescente interesse com programas de melhoria da qualidade, principalmente pela acreditação hospitalar, a Sociedade Internacional para Qualidade na Atenção à Saúde (ISQua) definiu princípios para a construção de padrões baseados em conceitos chave, independente de qual seja o seu conteúdo e a sua área de aplicação²⁵. Para que os padrões tenham legitimidade, consigam a adesão dos profissionais e tenham aplicabilidade para um uso rotineiro dentro do sistema/serviço de saúde, têm que reunir um conjunto de características básicas:

- 1. Abrangência:** Refere-se a uma visão integral do sistema, tomando-se como referência o enfoque clássico de estrutura, processo e resultado. No presente material o conceito foi ampliado para a capacidade de utilização em todo o território nacional, ou por determinados grupos, considerando ainda os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde e as ações de promoção e prevenção^{26,27}.
- 2. Sensibilidade para evidenciar mudanças:** Os padrões têm que ter a capacidade de evidenciar efetivamente o processo de aprimoramento e evolução da qualidade, os avanços e, inclusive, os retrocessos nos estágios de qualidade alcançados no que se refere aos aspectos de gestão, organização e prestação de serviços.
- 3. Facilidade na aplicação:** devem ser compreensíveis, de fácil aplicação e cálculo durante os momentos de avaliação.

Quadro 2: PRINCÍPIOS PARA CONSTRUÇÃO DE PADRÕES

1. Identificação e definição conceitual. O conteúdo dos padrões deve ser abrangente e claramente estruturado, refletindo o tipo a que pertence, o seu alcance e as atividades ou grupos a que se destina.

2. Identificação e definição do tipo de padrão. Os padrões se classificam em três tipos – de estrutura, de processo e de resultados. Como nenhum tipo é superior ao outro, todos eles podem ser adequados em qualquer momento do desenvolvimento do programa de qualidade no país.

- Padrões de estrutura: servem para analisar a capacidade estrutural de uma organização para prover cuidados de saúde, seja em seu aspecto físico (material, equipamentos, edificações, pessoal) seja em seu aspecto organizativo (normas, rotinas, protocolos, planejamento).
- Padrões de processos: descrevem como se realiza uma atividade (ações, práticas, procedimentos em saúde).
- Padrões de resultados: medem o grau ou nível de qualidade alcançada e seus efeitos de acordo com os requerimentos previamente estabelecidos.

3. Definição precisa do alcance do padrão. Os padrões devem estar orientados de modo a facilitar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho na organização de saúde, seja um estabelecimento, uma rede de serviços ou todo um sistema de saúde. Deve-se definir se eles cobrem a totalidade das ações da organização ou apenas uma parte, ou ainda se estão referidos às atividades específicas ou a grupos de pacientes.

4. Definição clara do processo de elaboração dos padrões. Na elaboração dos padrões pode-se empregar um processo de seis partes:

- a) participação dos usuários dos padrões em sua elaboração;
- b) consulta aos setores chaves, a que se destinam, assegurando que estes tenham oportunidade de contribuir na sua elaboração;
- c) desenvolvidos (não seria desenvolvimento) de acordo com as leis e regulamentos nacionais e/ou regionais vigentes;
- d) investigação apropriada que assegure que os padrões sejam baseados em informação legítima, prática e atualizada.
- e) Garantia de que os padrões tenham sido validados por estudo piloto antes de sua implantação definitiva;
- f) Definição do processo para avaliação e revisão periódica dos padrões.

5. Os padrões permitem a avaliação de desempenho. A medida do desempenho com o uso dos padrões pode ser realizada tanto para a criação de sofisticadas escalas numéricas e fórmulas matemáticas, quanto para simples descrições verbais. E pode ser averiguado por avaliadores externos à organização ou por auto-avaliação.

6. Revisão contínua dos padrões. Os padrões têm um período de vigência dependendo do nível de qualidade desejado e alcançado pela organização. Essa característica de temporalidade é fundamental na perspectiva de impulsionar a continuidade das ações em prol da qualidade.

Eixos de referência para a formulação dos padrões

Os eixos de referência foram definidos a partir de aspectos considerados fundamentais e norteadores para a formulação dos padrões de qualidade: princípios, diretrizes, normas e consensos. As distintas responsabilidades, campos de atuação e atores envolvidos em cada um dos componentes da estratégia Saúde da Família requerem que os eixos de referência sejam igualmente diversos.

Eixos de referência para o componente gestão: Os gestores municipais de saúde têm um conjunto de responsabilidades e atribuições, tais como: planejamento, organização, gerenciamento das ações e monitoramento e avaliação. Dentro do propósito de reorganização do sistema local de saúde tendo como eixo estruturador a estratégia Saúde da Família, o gestor e o coordenador municipal devem construir e ou fomentar capacidade política e organizacional para condução eficiente e efetiva do sistema de saúde de tal modo que responda às expectativas da população. No que se refere à estratégia Saúde da Família, essas responsabilidades devem ser realizadas segundo os seus princípios norteadores.

Eixos de referência para o componente ESF: Sendo a estratégia voltada para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, doenças e agravos, garantindo o acesso, a qualidade de atendimento e a sua resolubilidade, necessita-se definir os eixos de referência que reflitam esse propósito. Estes devem, também, estar em sintonia com as normas vigentes no âmbito nacional, a fim de impulsionar o cumprimento do programa, que descreve as responsabilidades dos profissionais e da equipe de Saúde da Família.

Elaboração e validação dos padrões de qualidade

Os padrões aqui definidos foram elaborados e validados a partir da contribuição de atores chave, em um amplo processo participativo e compartilhado, conforme o cumprimento das seguintes etapas:

- **Elaboração de proposta preliminar dos padrões:** a partir do desenho metodológico da proposta, técnicos e consultores da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação / DAB / SAS / MS, definiram uma relação preliminar de padrões de qualidade.
- **Validação dos padrões com *experts*:** procedeu-se após a validação dos padrões com a apresentação e discussão destes padrões iniciais com um grupo de trabalho ampliado, composto por técnicos do Ministério da Saúde (representando as áreas contempladas na proposta), consultores externos do MS e representantes dos estados e municípios, assim como potenciais usuários. Esta etapa permitiu um primeiro ajuste dos padrões propostos em termos dos seus objetivos (os padrões são adequados para avaliar o que se pretende - validade), objeto (os aspectos a serem avaliados são os mais indicados), alcance (usuários e beneficiários) e propósitos da avaliação (adequada para o estabelecimento do estágio de desenvolvimento e melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família).
- **Elaboração dos instrumentos para avaliação da qualidade:** após a realização de várias oficinas para consensuar a seleção dos padrões (priorizando as seguintes características: facilidade de aplicação, sensibilidade, reprodutibilidade e objetividade), foram elaborados instrumentos para avaliação da qualidade da gestão da estratégia e das ações das equipes de Saúde da Família.

Validação dos instrumentos de medida:

Os instrumentos e seus padrões foram submetidos à análise segundo a validade (medir o que se pretende), confiabilidade (ser replicável) e factibilidade (dispor de fontes de dados para sua rápida obtenção), com a seguinte metodologia:

- **Pré-validação com usuários potenciais:** foi conduzida discussão detalhada dos padrões, inicialmente elaborados em pré-teste, realizada em dois municípios, contemplando gestores, coordenadores e profissionais de quatro equipes de SF. A principal meta foi evidenciar o nível de aplicabilidade e pertinência dos padrões selecionados e dos instrumentos desenhados em municípios de diferentes regiões, em diversas condições de desenvolvimento econômico, tamanho da população, condição de gestão e cobertura populacional da estratégia.
- **Validação:** após análise da etapa acima descrita, foram re-elaborados padrões e instrumentos para teste piloto quanti-qualitativo realizado em 24 municípios brasileiros, com a participação de mais de 500 equipes distribuídas pelas 5 regiões. Os debates e as opiniões destes colaboradores acerca das auto-avaliações foram decisivos para o resultado obtido na elaboração do material definitivo.
- **Ajuste final:** após o teste-piloto foi realizado readequação dos instrumentos e padrões por técnicos e consultores do MS diretamente responsáveis pela proposta e representantes das diversas áreas técnicas envolvidas.

X. Estágios de Qualidade na proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Embora na literatura existam muitas considerações sobre a não linearidade entre os elementos de estrutura, processo e resultado, para a presente proposta o incremento da qualidade é abordado de maneira processual, tendo início com as condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos de trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida. Esta opção reflete a direcionalidade educativa, pedagógica que se pretende com a proposta.

Nos instrumentos de auto-avaliação, o conceito de estágios de qualidade está associado a cada um dos padrões, os quais estão assim colocados:

Padrões do Estágio E

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

Padrões do Estágio D

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

Padrões do Estágio C

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

Padrões do Estágio B

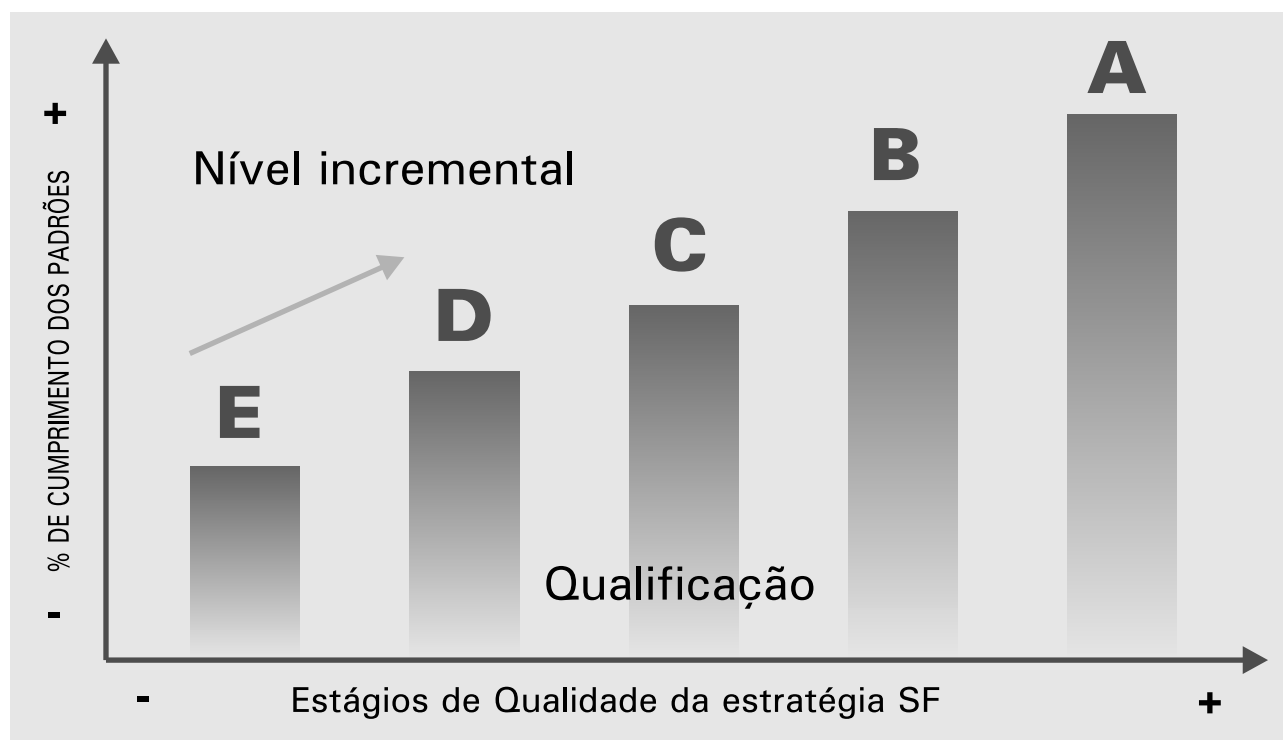
Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

Padrões do Estágio A

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

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

A avaliação da qualidade interage com o processo natural da evolução da qualidade nos serviços, permitindo evidenciar objetivamente os avanços e ganhos no processo como um todo. Acontece, assim, um processo de gradientes de qualidade, onde cada um corresponde a "momentos" do processo de maturação da qualidade (Gráfico 3).



Optou-se, na presente proposta, pela elaboração e apresentação de padrões exclusivamente do tipo categórico, tipo “sim e não”, dispostos em estágios incrementais e ascendentes. Esta foi uma decisão metodológica que obedeceu à necessidade de estabelecer princípios e critérios bem definidos de qualidade diante da grande extensão territorial e da grande diversidade de iniciativas em estratégia SF nos municípios brasileiros. As diversas nuances e os progressivos graus de qualidade das questões abordadas em cada padrão, assim como a ponderação da importância relativa à cada padrão estão representados pela classificação incremental dos padrões possibilitada pelos estágios de desenvolvimento da qualidade, de elementar a avançada.

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

A transitoriedade dos padrões enfatiza o conceito de “ciclo de vida dos padrões”, ou seja, os padrões são de utilidade durante o período em que o aprimoramento da qualidade permite atingi-los e sustentá-los. Superado aquele momento, os padrões podem perder relevância e deverão ser substituídos por outros que reflitam novos estágios de qualidade.

Medições e Classificação

Existem várias possibilidades para a criação de escalas de pontuação em qualidade²⁸, de diferentes níveis de complexidade, algumas das quais utilizam análises notadamente descritivas e simples, baseadas no cumprimento ou não dos padrões de qualidade. Outros modelos baseiam-se em complexas provas estatísticas de índole analítica (modelos multivariados)²⁹ que realizam uma seleção dos padrões mais relevantes (através, por exemplo, da técnica da análise de componentes principais) ou outros modelos que outorgam ponderação (pontuações) tomando como referência procedimentos estatísticos como a análise fatorial³⁰.

Existem, ainda, métodos baseados em escalas numéricas, aplicadas, por exemplo, na avaliação de intervenções em saúde³¹, onde a definição de medidas e o estabelecimento de pontuações para o estabelecimento dos níveis de qualidade são realizados a partir de técnicas de consenso com pessoas de notório saber sobre o tema.

Para esta proposta, considerando a grande diversidade e a heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, assim como o pioneirismo da experiência, desenvolveu-se escalas de qualificação simples, consensuais, de fácil aplicabilidade, aceitabilidade e entendimento no nível local, a fim de garantir a aderência, interiorização e continuidade do modelo por parte dos diversos atores envolvidos. A atribuição para cada padrão de seu estágio de qualidade correspondente consistiu na opção metodológica escolhida pela equipe técnica. Assim, cada padrão representa um elemento de estrutura, processo ou resultado dentro de uma determinada dimensão, permitindo um diagnóstico amplo e processual da situação da estratégia no município, em seus diferentes aspectos: gestão, coordenação e equipes.

Os estágios inicialmente alcançados pelos municípios devem evoluir continuamente, como resultado das ações de melhoria da gestão, organização e prestação de serviços. Para tanto, os gestores devem instituir uma estratégia de seguimento contínuo e comunicação horizontal com os gerentes e profissionais para fortalecer os processos exitosos e superar as debilidades operacionais identificadas, garantindo condições de trabalho adequadas³². Os coordenadores e as equipes também devem identificar os problemas que devem ser priorizados, suas principais causas e as soluções alternativas que podem ser aplicadas de forma adequada e efetiva para resolvê-los.

Por considerar a constante evolução do funcionamento da estratégia Saúde da Família no país, bem como, a transitoriedade dos padrões, o intervalo entre as auto-avalições deverá ser de seis meses a um ano, permitindo o evidenciamento das mudanças promovidas pelas iniciativas locais para melhoria da qualidade.

XI. Aspectos previstos para a implantação da proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família pretende evidenciar processos de trabalho susceptíveis de serem modificados, como um meio para induzir mudanças organizacionais que se traduzam num melhor nível de qualidade.

Reconhecendo os diferentes contextos de implantação da proposta, as especificidades em cada realidade e a importância de incluir, na sua execução os vários grupos envolvidos, estão previstos os seguintes aspectos:

- Conhecimento da proposta por parte dos municípios.
- Os gestores interessados em instituir um processo de melhoria da qualidade realizarão adesão mediante o cadastramento no site da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (www.saude.gov.br/caadab), no qual está inserido o projeto, e buscarão sensibilizar e motivar as equipes a participarem.
- Serão desenvolvidas as auto-avaliações a partir da aplicação de todos os instrumentos previstos. Para tanto um sistema informatizado, acessível por internet foi elaborado para realização de registro dos resultados das auto-avaliações. O banco de dados permitirá construção de um histórico avaliativo e emissão de relatórios e consolidados para avaliação e análise.
- Com base no resultado da avaliação aplicada, os municípios poderão identificar situações problemáticas que podem ser revistas/modificadas utilizando métodos apropriados de trabalho e realizando as intervenções possíveis dentro das condições locais.
- Como processo de trabalho para intervir sobre as situações identificadas, o passo seguinte será a elaboração dos planos de ação para a melhoria da gestão, da estrutura e dos processos selecionados. Para tal conta-se com ferramentas que auxiliam a elaboração e implementação dos planos, as quais, para programas de melhoria da qualidade, seguem os seguintes passos:

Planejamento	Análise dos processos; definição de quais mudanças poderão melhorá-los e elaboração de um plano de ação contemplando o objetivo dessa mudança (que estará sempre relacionado aos propósitos da estratégia SF e com o foco nos usuários), as atividades a serem realizadas (ou os processos a serem aperfeiçoados), os responsáveis e o prazo para sua execução.
Execução	Desenvolvimento do plano em pequena escala, como um piloto.
Avaliação	Verificação se as mudanças previstas pelo plano estão ocorrendo.
Implantação	Em caso positivo, implanta-se em larga escala; em caso negativo, revisa-se o plano e reinicia-se o ciclo.

Alguns aspectos identificados como problemáticos podem ser complexos e de difícil solução nas condições locais e atuais. Vários outros, entretanto, poderão ser abordados segundo as condições e possibilidades locais. Sugere-se iniciar os planos de ação por estes, pois permitirão ao grupo vislumbrar os resultados dos seus esforços, aprender sobre o uso dessa ferramenta e motivar-se para investir esforços e recursos em processos mais complexos.

- Inicialmente as avaliações deverão ser realizadas a cada semestre. Nessa ocasião proceder-se-á do mesmo modo da primeira avaliação, podendo haver a permanência ou mudança dos estágios de qualidade (resposta aos padrões) em relação à classificação anterior.
- Está previsto o desenvolvimento de redes de apoio e assessoramento através de núcleos universitários com foco na área de qualidade. Estes serão estimulados a prestar apoio e assessoria aos municípios que estejam engajados no processo de melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família. Os núcleos poderão, desta forma, desenvolver novos conhecimentos e metodologias nesta área ainda bastante incipiente no país.
- Está em estudo a possibilidade de validação externa por meio de avaliações posteriores realizadas por equipe, designada especialmente para tal fim, as quais permitirão confirmar os avanços obtidos em qualidade nos processos de trabalho avaliados. Estas avaliações deverão ser realizadas sempre em comum acordo entre as partes envolvidas na implantação da proposta.

XII. Atribuições das Esferas Gestoras

A implantação e o bom desenvolvimento da proposta requerem a definição das atribuições e metas de implantação para as diferentes esferas de governo e atores envolvidos, bem como, o compromisso com o seu cumprimento. A participação e a co-responsabilidade das gestões em âmbito federal, estadual e municipal são imprescindíveis para a realização da iniciativa.

A prioridade da proposta é de contribuir com o processo de institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas de governo. Para tanto se deve valorizar o processo de implantação como uma oportunidade ímpar de alcançar tal objetivo.

Definem-se as seguintes atribuições e metas de implantação para as diferentes esferas gestoras:

1. Esfera Federal: Caberá ao Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, realizar as atividades de planejamento, acompanhamento, avaliação, promoção e negociação da proposta junto às organizações envolvidas.

Atribuições:

- Elaboração da Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade, incluindo seus padrões e instrumentos para avaliação de forma participativa e pactuada.
- Proposição das etapas e prazos de implantação.
- Apresentação e negociação da proposta com as organizações públicas e sociais, tais como: CONASS, CONASEMS, OPAS, estados, municípios e demais organizações envolvidas em sua viabilização.
- Divulgação da proposta por meio de seminários, oficinas de trabalho nacionais e participação em eventos estaduais.
- Colaboração financeira aos estados para a implantação da proposta: através dos Planos Estaduais de Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação.
- Prestação de apoio técnico aos Estados para divulgação e implantação da proposta junto aos municípios.
- Acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento da proposta no âmbito nacional.

- 2. Esfera Estadual:** Propõe-se aos estados que apóiem o processo de planejamento, a divulgação e a programação da implantação da proposta conjuntamente com os municípios.

Atribuições:

- Integração da Proposta aos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.
- Divulgação da proposta para os municípios por meio de seminários, oficinas de trabalho regionais e municipais.
- Planejamento e programação das etapas de implantação da proposta no estado.
- Acompanhamento e apoio técnico aos municípios no processo de implantação e desenvolvimento da proposta.
- Acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento da proposta na esfera estadual.

- 3. Esfera Municipal:** As secretarias municipais de saúde são foco do desenvolvimento da proposta, bem como, da realização das ações de melhoria da qualidade.

Atribuições:

- Organização e coordenação conjunta com o gestor estadual para implantação da proposta no município.
- Programação da implantação e desenvolvimento da proposta.
- Divulgação da proposta para os atores e setores sociais envolvidos: gerentes e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, profissionais da(s) equipe(s) de Saúde da Família, conselhos de saúde (Conselho Municipal, Distrital, Local).
- Envolvimento dos atores sociais responsáveis pela implantação e realização das ações de melhoria da qualidade.
- Viabilização das condições necessárias para a execução das ações programadas para a auto-avaliação da qualidade e para o desenvolvimento das ações de melhoria da qualidade.
- Acompanhamento e avaliação do processo de implantação e seu desenvolvimento no âmbito municipal.

XIII. Experiências internacionais de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde

O campo da avaliação da qualidade dos cuidados primários em saúde, até o presente momento, pode ainda ser considerado incipiente no país. É interessante ressaltar que os estudos sobre qualidade em saúde no continente Europeu tiveram origem justamente na área da Atenção Primária à Saúde, com destaque para o Reino Unido³⁴, que desenvolveu iniciativas pioneiras na área. Estas sempre foram ações conjuntas entre a corporação médica, o governo e a academia para buscar a melhoria da qualidade.

As ações na área de Qualidade dos Cuidados Primários à Saúde têm sido expandidas, principalmente, entre os países europeus e a Austrália. Desde a formação do Grupo de *Leeuwenhorst*, durante a II *Conference in the Teaching of General Practice*, em Noordwijkerhout, na Holanda, no ano de 1974, que a questão da estruturação dos cuidados primários tem sido objeto da atenção de corporações profissionais, instituições de ensino e assistência à saúde. O referido grupo, composto por 15 membros de 11 países da Europa produziu três importantes documentos ou Declarações.

A primeira, em 1975, e revisada em 1981, definiu o trabalho do médico e descreveu os objetivos do treinamento e da formação do especialista. Em 1977, uma Segunda Declaração continha contribuições para a prática geral na formação de graduação. A terceira Declaração abordava o tema da educação continuada. O processo de unificação europeia reforçou a necessidade de uniformização da formação graduada e pós-graduada. As discussões sobre o tema da qualidade dos cuidados primários ganharam maior relevância a partir dos debates desenvolvidos na Seção Européia da *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians- WONCA* e culminou com a criação do EquiP³⁴, (*European Working Party on Quality in Family Practice*), aprovada no Conselho Europeu da **WONCA**, em 1990, em Barcelona. Iniciou suas atividades em 1991, em Utrech, Holanda e conta atualmente com delegados de 23 países europeus, nomeados pelas suas Associações Nacionais.

Uma sub seção da **WONCA** - Europa busca promover a colaboração entre organizações, associações e sociedades de médicos de família na

Europa voltados para o desenvolvimento da qualidade. Para além do grupo Europeu existe também um Grupo Mundial dentro da **WONCA**, para a qualidade, composto pela Austrália, México, África do Sul, Noruega, Finlândia, USA e Filipinas.

Segundo o EQuiP o trabalho para o desenvolvimento da qualidade deve:

- ser um processo interno e contínuo do trabalho diário e parte integrante do aperfeiçoamento e aprendizagem profissional;
- abranger todos os aspectos dos cuidados de saúde; incluindo estrutura, processo e resultados;
- integrar a rotina e a prática clínica diária e, portanto necessita ser de fácil aplicação.
- centrar-se no usuário incluindo a avaliação da acessibilidade e da satisfação;
- potencializar o uso adequado dos cuidados de saúde, e validar estratégias incluídas na atenção primária à saúde, tais como: a continuidade e a integralidade;
- tornar as decisões explícitas e claras;
- ser utilizada como uma atividade profissional e educacional e não para fins punitivos ou de controle.

Dentre as contribuições do EQuiP está a difusão e intercâmbio de experiências na área de avaliação da qualidade. Neste sentido, podem ser citadas diversas iniciativas de instrumentos de avaliação de qualidade desenvolvidas nos últimos dez anos em vários países ou em consórcios de países, tais como: o Moniquor (Portugal), *Primary Care Group Standards* - Reino Unido; EPA - Alemanha, Suíça, Holanda; VIC - Holanda; EUROPEP - EU; *Standards for General Practice* - Austrália. Muitas outras iniciativas têm sido implementadas no desenvolvimento de protocolos, manuais, análises de evidência clínica e organizacional^{35,36}.

A título de ilustração podem ser citados dois instrumentos que propõem padrões para a melhoria contínua dos cuidados primários de saúde. O primeiro, denominado *Standards for General Practice*³⁷, produzido por *The Royal Australian College of General Practitioners*, tem como objetivos: buscar maiores níveis de qualidade da prática realizáveis de maneira gradual; prover um instrumento público e reconhecido de medida da qualidade da prática geral; voluntário; estar disponível e proporcionar benefícios tangíveis aos profissionais; estar estabelecido para um período determinado de tempo; ser um processo educacional e de desenvolvimento, não punitivo; ser de base equitativa para todo o país; servir como avaliação entre pares; ser de controle dos próprios profissionais; sem fins lucrativos, ser de amplo conhecimento de governos e da comunidade. Com duas versões já desenvolvidas, respectivamente em 1991 e 1996, esta última composta por 212 padrões do tipo categórico para auto-avaliação.

O MoniQuOr.CS³⁸ - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde - desenvolvido pelo Instituto da Qualidade em Saúde da Direção Nacional de Saúde de Portugal é o segundo instrumento a ser citado. Enquadra-se numa estratégia global de melhoria da organização e da prestação de serviços aos doentes e está focado na organização dos serviços, na revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efetivos e eficientes. Dentre os seus objetivos estão: a avaliação e monitorização do nível de desempenho por áreas; a responsabilização das chefias; a validação de documentação e procedimentos; as revisões sistemáticas e multidisciplinares; a elaboração de programas de melhoria contínua; a melhoria da comunicação interna; a organização de serviços centrados nos utilizadores; a elaboração de um plano de ação; o reconhecimento externo; o planeamento estratégico da qualidade. Produzido em 1997, encontra-se em revisão para o lançamento de uma nova versão.

Este instrumento propõe como metodologia a auto-avaliação, avaliação entre pares e avaliação externa. É composto por 163 padrões sendo 73 do tipo categórico do tipo "sim ou não" e 90 com resposta do tipo contínua segundo a escala: não realizado/em progresso/quase realizado/totalmente realizado. Um ranking final é calculado por meio da soma das respostas alcançadas segundo a seguinte ponderação: não realizado (0), em progresso (0,33), quase realizado (0,67) e totalmente realizado (1). Ambos os instrumentos citados acima priorizam a avaliação de estrutura e processos, buscam fomentar a participação dos próprios profissionais na dinâmica avaliativa e de desenvolvimento de processo de diagnóstico, análise da situação e eleição de prioridades.

No Brasil, destacam-se algumas iniciativas isoladas de algumas Secretarias Estaduais de Saúde no intuito de buscar critérios para a avaliação de qualidade para fins de criação de política de incentivos financeiros, apoio e fortalecimento da estratégia Saúde da Família nos municípios. Recentemente, o Ministério da Saúde, em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde iniciou a elaboração desta proposta com o objetivo de preencher esta lacuna. Esta iniciativa comprova a importância da gestão pública da saúde incorporar o tema da qualidade como uma de suas prioridades para o desenvolvimento da Atenção Básica no país, aliado aos continuados esforços pela consolidação e expansão da estratégia SF.

Bibliografia

1. Magadi M, Diamond I, Madise N. Analysis of factors associated with maternal mortality in Kenyan Hospitals. *J. Biosoc. Science* 2001; 33: 375-389.
2. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. Santana LM. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização, e vantagens. *Saúde e Sociedade* 2001; 10 (1): 1-25.
4. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 10-18.
5. McKeith, J. J. Establishing a CQI Program, 2002. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/emerg/topic668.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1998.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Normas e Diretrizes do PACS e do PSF*. GM/MS nº 1886. Brasília, DF, 1997.
10. Labonte, R. *Health promotion and empowerment: practice framework*. Centre for Health Promotion, University of Toronto and ParticipAction, Toronto, 1993. (mimeo).
11. Brasil. Ministério de Saúde. *Norma Operacional de Assistência NOAS-SUS 01/2001*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jan. 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 10 jan. 2004.
13. Gonçalves, H. Domingues, I. *Qualidade em Saúde*. Disponível em: <<http://economiasaude.planetaclix.pt/APES-HelenaGoncalves.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2004.

14. Arce, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. *Int J Qual Health Care* 1998; 10 (6): 469-472.
15. Donabedian A. Twenty years of research on quality of medical care, 1965-1984. *Evaluation and the Health Professions* 1985; 8: 243-265.
16. Uchimura, K.Y. Bosi, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1561-1569.
17. Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. **The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study.** *Int J Qual Health Care* 2001; 13 (5): 367-374.
18. Wasseman S, Kimball H, Duffy D. Recertification in Internal Medicine: A Program of Continuous Professional Development. *Ann Intern Med* 2000; 133 (3): 1-8.
19. International Organization for Standardization. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/en/ISOOnline.frontpage>. Acesso em: 15 mar. 2003.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Reunión Regional sobre Programas de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en el Marco de las Reformas Sectoriales. Programa Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Octubre, 1988.
21. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, v. 1, 1980.
22. De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Well C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-1319.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª Ed. Brasília, DF, 2004.
24. Accreditation manual of health care organizations. Agencia Nationale d'Accreditation and d'Evaluation en Santé (ANAES), Paris, 1999.
25. International Society for Quality in Health Care Inc. ALPHA International Principles for Standards. Disponível em: http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/dallas/DallasAbstractsSlides/pdf_files/ALPHAPrinciples.pdf. Acesso em: 31 mar. 2004.
26. Evans D et al. Measuring quality: from system to the provider. *Int J Qual Heal Care* 2000; 13 (6): 439-446.

27. Rubin H, Pronovost P, Diette G. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* 2001; 13 (6): 469-474.
28. Hermida J, Nicholas D, Blumenfeld S. Methodology matters. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary health care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11 (5): 429-433.
29. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11 (6): 507-516.
30. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17 (1): 4-10.
31. Seclen-Palacín J et al. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto-2000 (1996-2000). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3 (4): 421-438.
32. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 85-87.
33. McKeith, J. J. Establishing a CQI Program, 2002. Instant access to the minds of medicine. E-medicine. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/emerg/topic668.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2004.
34. The Health Quality Service. Primary care group standards. Pilot Edition. Kings Fund. London, April. Disponível em: <www.equip.ch>. Acesso em 15 mar. 1999.
35. DNS. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa, 1999.
36. DNS. Clínica Geral. Formação Específica em Exercício. Documento Orientador. Lisboa, Abril, 1992.
37. The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for General Practices. 2nd Ed. Melbourne, 2000.
38. DNS. Moniquor. Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. 2 ed. Lisboa, 1999.

Anexo

Os Instrumentos Previstos para a Auto-avaliação

Como subsídio para a avaliação, na perspectiva de melhoria contínua da Qualidade, foram desenvolvidos cinco instrumentos de auto-avaliação, dirigidos a usuários diferenciados, compreendendo um total de 300 padrões de qualidade.

A proposta Avaliação para **Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família** considera duas grandes **Unidades de Análise** distintas e integradas, também denominadas de **Componentes: Gestão e Equipe**. Para cada uma dessas unidades, foram definidos grandes eixos de análise, chamadas **Dimensões**, que por sua vez são desdobrados em sub-eixos, ou **Subdimensões**.

Assim, cada instrumento representa uma **Dimensão de análise**, totalizando cinco possibilidades. Em sua estrutura interna, de acordo com a temática abordada, cada instrumento está organizado em **subdimensões**, abrangendo determinado grupo de padrões correspondentes.

Podemos, grosseiramente, imaginar que os componentes, ou Unidades de Análise (**Gestão e Equipe**) são como duas grandes caixas que abrigam caixas menores (**Dimensões**), que por sua vez abrigam caixinhas (**Subdimensões**), que por sua vez organizam os padrões de qualidade de acordo com a sua temática e atribuição ou responsabilidade. Veja a estrutura geral dos instrumentos no quadro à página 49.

Compreendendo e Identificando os Padrões de Qualidade

Como exposto anteriormente, os padrões de qualidade estão organizados nos Instrumentos (Dimensões) em Subdimensões de acordo com a sua temática e responsabilidade pela ação indicada.

Numeração

Na primeira coluna encontra-se a numeração. Os padrões estão numerados de acordo com o instrumento ao qual pertencem, de 1 a 5, seguido pela sua numeração seqüencial no próprio instrumento. Por exemplo:

- 1.1 - Instrumento 1, padrão 1
- 1. 20 - Instrumento 1, padrão 20
- 3.1 - Instrumento 3, padrão 1
- 3.35 - Instrumento 3, padrão 35
- 5. 14 - Instrumento 5, padrão 14

Variação de Padrões conforme o porte populacional

Durante o Teste Piloto dos instrumentos foi possível averiguar que uma série de padrões do componente Gestão possuía maior ou menor ressonância com a realidade local de acordo com o porte do município. Desta maneira, apenas para os instrumentos nº 1, 2 e 3 a segunda coluna indica as classificações conforme o porte:

PB – Padrão Básico: aplicabilidade universal, para todos os municípios brasileiros.

> **20** – Significa que o padrão é aplicável aos municípios maiores de 20.000 habitantes

> **100** – Significa que o padrão é aplicável aos municípios maiores de 100.000 habitantes

> **500** – Significa que o padrão é aplicável aos municípios maiores de 500.000 habitantes

Estrutura Geral dos Instrumentos

Componente ou Unidade de Análise	Instrumento (Dimensão)	Subdimensão	Usuário (Quem responde)
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/ Implementação Integração da Rede de Serviços Gestão do Trabalho Fortalecimento da Gestão SF	Secretário municipal da saúde ou Assessoria
Equipe	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração Acompanhamento da ESF Educação Permanente Gestão da Avaliação Normatização	Responsáveis pela coordenação da SF
	Unidade SF	Infra-estrutura e equipamentos da USF Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos	Responsável pela coordenação da USF
	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família Acolhimento, Humanização, Responsabilização Promoção da Saúde Participação Comunitária Vigilância à Saúde I: Ações Gerais	Todos os integrantes da equipe SF
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças Saúde de Adolescentes Saúde de Mulheres e Homens Adultos Saúde de Idosos Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis Vigilância à Saúde III: Agravos Regionalizados Padrões Loco-regionais	Profissionais de nível superior: Médico, Enfermeiro e Cirurgião-Dentista



Anotações

A

B

C

D

E

(Faint background watermark: 'Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família')

Proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família

Instrumentos, dimensões e subdimensões

Instrumento 1: Desenvolvimento da Estratégia SF

Subdimensões:

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

Instrumento 2: Coordenação Técnica das Equipes

Subdimensões:

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

Instrumento 3: Unidade Saúde da Família

Subdimensões:

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

Instrumento 4: Consolidação do Modelo de Atenção

Subdimensões:

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

Instrumento 5: Atenção à Saúde

Subdimensões:

- I. Saúde de Crianças
- II. Saúde de Adolescentes
- III. Saúde de Mulheres e Homens
- IV. Saúde de Idosos
- V. Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis
- VI. Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Padrões Loco-regionais

Glossário de abreviaturas utilizadas na descrição dos padrões

- AB:** Atenção Básica
- ACD:** Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- AE:** Auxiliar de Enfermagem
- APS:** Atenção Primária em Saúde
- C & D:** Crescimento e Desenvolvimento
- ceo-d:** número médio de dentes decíduos cariados, extração indicada/perdidos por cárie e obturados
- CLT:** Consolidação das Leis do Trabalho
- CPO-D:** número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
- CMS:** Conselho Municipal de Saúde
- CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- Coordenação AB/SF:** Coordenação da Atenção Básica/Saúde da Família
- DST/AIDS:** Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ESB:** Equipe de Saúde Bucal
- ESF:** Equipe de Saúde da Família
- EP:** Educação Permanente
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC:** Índice de Massa Corporal
- IRA:** Infecção Respiratória Aguda
- MS:** Ministério da Saúde
- NOAS:** Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002)
- PEP:** Pólo de Educação Permanente
- PDR:** Plano Diretor Regional (previsto na NOAS)
- PSA:** sigla em inglês de antígeno prostático específico (exame laboratorial)
- ONG:** Organização não Governamental
- RN:** Recém-Nascido
- SES:** Secretaria Estadual da Saúde
- SF:** (estratégia) Saúde da Família
- SIAB:** Sistema de informação da Atenção Básica
- SMS:** Secretaria Municipal de Saúde
- TB:** abreviatura utilizada para tuberculose
- THD:** Técnico de Higiene Dental
- TRO:** Terapia de Rehidratação Oral
- USF:** Unidade Saúde da Família
- VD:** Visita Domiciliar



Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº1

Desenvolvimento da estratégia Saúde da Família

Implantação e Implementação da Saúde da Família no Município

Q Elementar

1.1	PB	E	O Plano Municipal de Saúde define a SF como estratégia para reorganização da Atenção Básica.	(S) (N)
O padrão refere-se à definição clara e textual da SF como modelo para a atenção básica, descrita no Plano Municipal de Saúde. Sendo o Plano, simultaneamente, um instrumento técnico e político esta definição indica priorização política da estratégia.				

1.2	PB	E	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social.	(S) (N)
As ESF devem ser implantadas priorizando-se as áreas e as populações de maior risco e vulnerabilidade do município, tanto do ponto de vista social, quanto sanitário. Este padrão está relacionado à busca por maior equidade e acessibilidade para o sistema de saúde municipal.				

1.3	PB	E	Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4.500 pessoas.	(S) (N)
O limite máximo de pessoas vinculadas a cada equipe deve ser respeitado considerando que a qualidade das ações prestadas vem a ser comprometida pela sobrecarga de trabalho. A resposta deverá ser afirmativa somente quando todas as equipes municipais estiverem em conformidade com esse limite.				

1.4	PB	E	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos.	(S) (N)
Este padrão avalia se a gestão municipal da saúde está mobilizada para o tratamento cuidadoso na alimentação dos sistemas de informação. Sistemas de Informação considerados: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.				

1.5	PB	E	A gestão municipal da saúde implanta equipes de SB.	(S) (N)
A Saúde Bucal é uma das políticas prioritárias do Ministério da Saúde para a Atenção Básica e sua integração à estratégia SF pode ser realizada de duas maneiras: integrando à equipe o Dentista e o ACD ou o Dentista, o ACD e o THD. Ambas as formas são apoiadas por incentivos financeiros. Considerar para resposta afirmativa qualquer número de equipes SB implantadas, independente da modalidade.				

Q Desenvolvimento

1.6	PB	D	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF.	(S) (N)
<p>Estágio mais elevado em relação ao 1.1, significando que o Plano Municipal de Saúde apresenta plano estratégico para a reformulação do modelo assistencial por meio da implantação, implementação e consolidação da estratégia SF.</p>				

1.7	PB	D	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF.	(S) (N)
<p>Estágio mais elevado em relação ao 1.2, significando a realização de estudos com finalidade de avaliar a situação de saúde dos segmentos populacionais no município, diferenciando o seu perfil epidemiológico, os riscos social, ambiental e sanitário das suas regiões. Considerar a resposta afirmativa quando a implantação das ESF estiver fundamentada nestes estudos e análises, sendo definido um número menor de usuários para as equipes responsáveis por áreas mais críticas.</p>				

1.8	PB	D	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população.	(S) (N)
<p>Considerando os princípios de participação popular e controle social, é importante a sensibilização e a divulgação sobre as diretrizes, objetivos e características deste modelo de atenção à saúde para a população em geral e organizações da sociedade civil. Objetiva-se ainda conquistar apoio e legitimidade para a estratégia.</p>				

Q Consolidada

1.9	PB	C	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS.	(S) (N)
<p>O Conselho Municipal de Saúde é a principal instância de controle social no SUS. A discussão participativa do planejamento e da implementação da estratégia SF deve ser pactuada nesse órgão para garantir a sua sustentabilidade política, social e comunitária. O padrão refere-se à pactuação mais ampla e aprofundada de diretrizes e metas, para além da proposta inicial de adesão junto ao MS.</p>				

1.10	PB	C	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF.	(S) (N)
<p>Estágio mais elevado em relação ao 1.7. Significando que a gestão municipal, além de haver realizado a implantação baseando-se em estudos e análises, mantém este trabalho de forma permanente na implementação da estratégia.</p>				

1.11	PB	C	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal.	(S) (N)
<p>Estágio mais elevado em relação ao 1.8. É necessário que a estratégia SF seja compreendida por todos os profissionais de saúde da rede de serviços de forma a garantir melhor integração, acesso e resolubilidade da atenção à saúde no município.</p>				

Documento Técnico

1.12	PB	C	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais.	(S) (N)
<p>Considerando a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes e/ou condicionantes da saúde, melhorando a qualidade de vida da população, é importante a construção de ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores do governo (intersectorialidade).</p>				
1.13	PB	C	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF.	(S) (N)
<p>Estágio mais elevado com relação ao 1.5. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada duas ESF, existir, no mínimo, uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).</p>				
1.14	PB	C	A Gestão Municipal monitora abastecimento e falta de insumos nas USF.	(S) (N)
<p>O planejamento das compras, a regularidade no abastecimento, a sensibilização dos profissionais para o uso racional e o controle dos estoques visando a eliminação das faltas, são consideradas ações que garantem a consolidação da qualidade do serviço. Considerar para resposta afirmativa a existência de planilhas ou instrumentos para o monitoramento referido.</p>				

Q Boa

1.15	PB	B	A gestão municipal da saúde apoia e legitima a participação popular e o controle social na SF.	(S) (N)
<p>Padrão mais elevado com relação ao 1.9. As lideranças comunitárias, representantes dos movimentos sociais e o próprio CMS participam ativamente do planejamento e implementação da estratégia por meio de conselhos locais de saúde, representação de usuários, associação de moradores, dentre outros.</p>				
1.16	PB	B	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico.	(S) (N)
<p>A definição da SF como modelo de atenção por meio de lei municipal, decreto ou outros instrumentos legais garante a sua continuidade jurídica e institucional nas transições políticas. Permite ainda a posterior proposição de um plano municipal de cargos e salários para a SF.</p>				
1.17	PB	C	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades.	(S) (N)
<p>Recomenda-se, para municípios até 100.000 hab, que as USF abriguem até, no máximo, três equipes e para municípios acima deste porte, até, no máximo, cinco equipes. A existência de responsabilidade técnica (médico e enfermeiro) está prevista em norma legal. Esta orientação busca garantir qualidade, respeitando-se critérios de regionalização, acesso, otimização dos espaços da USF, conforto e segurança sanitária para que as equipes desenvolvam adequadamente o seu trabalho. Considerar a resposta afirmativa quando todas as USF avaliadas estiverem em conformidade com estes parâmetros.</p>				

Q Avançada

1.18	PB	A	O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais.	(S) (N)
<p>A intersectorialidade em sua definição mais abrangente envolve ações articuladas entre o gestor do setor público e os trabalhos já desenvolvidos por entidades da sociedade civil a fim de ampliar e potencializar iniciativas e intervenções que favoreçam a melhoria da qualidade de vida (alfabetização, geração de renda, conscientização quando ao destino de resíduos, qualificação de cuidadores informais, etc.).</p>				

1.19	PB	A	A Gestão Municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado com relação ao 1.13. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada ESF, existir uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).				

Integração da Rede de Serviços

Q Elementar

1.20	PB	E	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município.	(S) (N)
Compreende-se por reorganização da rede municipal ações como ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e leitos para internações. Outras ações incluem a transformação ou construção de unidades para servirem de apoio e referências às USF. A resposta deverá ser afirmativa quando alguma dessas ações estiver contemplada.				

Q Desenvolvimento

1.21	P > 100	D	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de referência baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.7, significando que são realizados estudos e análises da demanda da SF por serviços para subsidiar reorganização da rede municipal. O padrão não se refere ao efetivo atendimento desta demanda.				

1.22	PB	D	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF.	(S) (N)
O padrão considera como exames básicos: hemograma completo, tipagem sanguínea, uréia, creatinina, glicemia, rotina de urina, urocultura, sorologia para a imunodeficiência humana (HIV), sorologia para sífilis, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, citopatologia de colo de útero, teste imunológico para gravidez, exame parasitológico de fezes. Considerar ainda: eletrocardiograma, RX de tórax, Ultrasonografia para os casos indicados. Considerar que existe oferta programada em relação à demanda das ESF para todos os exames listados .				

1.23	PB	D	A gestão municipal da saúde garante a coleta e envio de todas as solicitações de sorologia para diagnóstico da dengue.	(S) (N)
A dengue foi escolhida para este padrão como uma condição marcadora de qualidade para a vigilância epidemiológica devido à sua prevalência e relevância no Brasil. Em situações de epidemia considerar para resposta afirmativa a realização por amostragem.				

Q Consolidada

1.24	PB	C	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita das equipes de SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas.	(S) (N)
A garantia de internação para os moradores adscritos na SF é fundamental para assegurar o vínculo, a responsabilização, a confiança e a satisfação. Para este instrumento são consideradas clínicas básicas: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia/ Obstetrícia e Cirurgia Geral.				

Documento Técnico

1.25	PB	C	A gestão municipal da saúde garante a realização do pré-natal de alto risco para todas as gestantes encaminhadas.	(S) (N)
O padrão considera que o atendimento é realizado, para todas as gestantes de alto risco encaminhadas pelas ESF, no próprio município ou na rede pactuada.				

1.26	PB	C	Há programação da oferta de atendimentos em cardiologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.27	PB	C	Há programação da oferta de atendimentos em ortopedia para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.28	P > 100	C	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação.	(S) (N)
A existência de central de marcação de consultas e internações representa um importante passo no controle, regulação e integração da rede de serviços. Para municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada.				

Q Boa

1.29	PB	B	O gestor municipal da saúde monitora os exames especializados solicitados pelas ESF não atendidos pela referência.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento dos exames especializados não atendidos, segundo sua relevância e pertinência, com o objetivo de aprimorar a oferta.				

1.30	PB	B	Há programação da oferta em reabilitação para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
O padrão compreende que a programação em fisioterapia e fonoaudiologia está baseado em estudos de demanda verificada e estimada, (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.31	PB	B	Há programação da oferta em oftalmologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.32	PB	B	Há programação da oferta em otorrinolaringologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.				

1.33	PB	B	Há programação da oferta em neurologia para as ESF baseada em estudos de demanda.	(S) (N)
------	----	----------	---	-------------

O padrão compreende que a programação de atendimentos está baseada em estudos de demanda verificada e estimada (e não apenas na série histórica). Para municípios que atuam como pólos regionais, considerar apenas o atendimento do próprio município.

1.34	PB	B	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas.	(S) (N)
------	----	----------	--	-------------

O padrão refere-se à oferta de serviço odontológico especializado, no mínimo, em endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento à pessoas portadoras de necessidades especiais e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal. O modelo atual para serviços de referência em SB são os Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. A implantação destas unidades é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal.

Q Avançada

1.35	PB	A	A rede de serviços de saúde assegura à população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária.	(S) (N)
------	----	----------	---	-------------

Este serviço inclui unidades próprias, de outros municípios ou serviços contratados. A implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD é uma ação prevista na Política Nacional de Saúde Bucal.

1.36	> 20	A	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de Saúde Mental e as ESF.	(S) (N)
------	------	----------	--	-------------

A gestão municipal promove a integração da Saúde Mental (SM) à estratégia SF por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência. O modelo atual de atenção para a SM é a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Centro de Atenção Psico-Social - CAPS, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais gerais e ações nas Atenção Básica) - <http://pvc.datasus.gov.br>

1.37	P > 20	A	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto-atendimento da rede pública pela população coberta pela SF.	(S) (N)
------	--------	----------	--	-------------

Este padrão permite avaliar a resolubilidade, a satisfação dos usuários e a efetividade do trabalho da SF. Refere-se ao monitoramento da utilização dos serviços de urgência, emergência e pronto-atendimentos como porta de entrada no SUS.

1.38	P > 100	A	O apoio de outros profissionais da rede às equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido.	(S) (N)
------	---------	----------	---	-------------

O padrão refere-se à organização do apoio de profissionais tais como pediatra, ginecologista, clínicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e de Serviços tais como vigilância sanitária e epidemiológica de maneira integrada à SF, exercendo ações tanto de atenção à saúde de indivíduos ou de grupos como ações de educação continuada e apoio técnico. Esta organização tem recebido, frequentemente, a denominação de "apoio matricial". A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, 50% do total de equipes estiver coberta por esta iniciativa.

Gestão do Trabalho

Q Desenvolvimento

1.39	PB	D	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF.	(S) (N)
A gestão municipal possui plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da SF de acordo com instrumentos legais.				

1.40	PB	D	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial.	(S) (N)
Existem regras e critérios técnicos que permitem selecionar profissionais com o melhor perfil e competência para o trabalho da SF. Normas legais tais como a exigência da inscrição nos conselhos de classes são respeitadas. A resposta deve ser afirmativa no caso desses critérios abrangerem os níveis elementar, médio e superior.				

Q Consolidada

1.41	PB	C	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a Residência ou Pós-graduação em Saúde da Família.	(S) (N)
As regras e critérios para seleção de profissionais de nível superior privilegiam a formação pós graduada específica na área (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família).				

Q Boa

1.42	PB	B	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível superior da SF tenham cargo permanente ou emprego público.				

1.43	PB	B	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível médio da SF tenham cargo permanente ou emprego público.				

Q Avançada

1.44	PB	A	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.45	PB	A	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.46	PB	A	A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados.	(S) (N)
As iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades são reconhecidas e premiadas anualmente pela coordenação a partir de critérios definidos e pactuados.				

1.47	PB	A	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF.	(S) (N)
Existem mecanismos legais, instituídos pelo poder público municipal, para a carreira profissional e previsão de progressão funcional dos trabalhadores da saúde, contemplando os profissionais da SF. Somente quando os três níveis (superior, médio e elementar) estiverem contemplados, a resposta ao padrão deverá ser afirmativa.				

1.48	PB	A	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área.	(S) (N)
Considerar profissionais de nível superior das equipes de SF: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Considerar como formação específica na área: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva. O padrão aponta os esforços desenvolvidos pela gestão para qualificação de seus profissionais.				

Fortalecimento da Coordenação

Q Elementar

1.49	PB	E	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF.	(S) (N)
A gestão municipal designa um profissional ou equipe para realizar o trabalho de coordenação e acompanhamento da AB e ou estratégia SF no município. O padrão considera dedicação exclusiva a esta atividade, não estando o (s) profissional (is) envolvido (s) na assistência.				

Q Desenvolvimento

1.50	PB	D	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.	(S) (N)
O padrão refere-se ao cargo de coordenação da SF estar formalizado por lei, portaria ou ato interno. Considerar para resposta afirmativa também quando o setor de AB e/ou SF estiver representado no organograma da SMS. Estes aspectos apontam para a legitimação institucional da coordenação.				

Q Consolidada

1.51	PB	C	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/SF no processo de pactuação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.	(S) (N)
Considerando a relevância e o impacto desta ação, a coordenação da AB/SF deve participar efetivamente da pactuação, sem delegação ou transferência de responsabilidade.				

Q Boa

1.52	PB	B	A gestão municipal viabiliza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à gestão municipal incentivar e viabilizar a participação de membros da coordenação da AB/SF, no mínimo anualmente, em eventos técnicos e científicos ligados ao trabalho da SF, tais como: amostras, encontros, congressos de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família.				

Documento Técnico

1.53	> 100	B	O(s) técnico(s) responsável(is) pela coordenação da AB/SF possui(m) formação específica na área.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se ao universo de técnicos de nível superior envolvidos com a coordenação da AB/SF nos diferentes pontos do sistema (central, regionais, distritos e USF) possuir pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão. Para resposta positiva considerar 50% ou mais dos profissionais nesta situação.</p>				

1.54	> 100	B	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF	(S) (N)
<p>Este padrão refere-se à existência de grupo composto por profissionais diversos das áreas da saúde, incluindo-se profissionais de vigilância em saúde, responsável pelo trabalho de supervisão técnica às ESF.</p>				

1.55	> 100	B	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF.	(S) (N)
<p>Em municípios de maior porte o acompanhamento às equipes necessita ser descentralizado, garantindo apoio técnico e gerencial mais próximo para grupos de até 8 equipes. As ações de coordenação podem ser realizadas por um técnico da USF, dos distritos ou compartilhado por um grupo de coordenação regional.</p>				

1.56	> 100	B	A SMS possui profissional na coordenação de AB/SF responsável pela área de SB.	(S) (N)
<p>A coordenação deve, idealmente, ser integrada por profissionais de nível superior da SB buscando garantir a especificidade e relevância das ações.</p>				

Q Avançada

1.57	PB	A	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se à gestão municipal da saúde ou a coordenação estabelecerem ou utilizarem métodos e instrumentos para monitorar o grau de satisfação dos usuários. Considerar para resposta afirmativa quando esta ação for realizada de maneira sistemática, para todas as USF (ou amostragem para o município), a cada dois anos (ou menos).</p>				

1.58	> 100	A	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF.	(S) (N)
<p>Os profissionais das áreas técnicas, tais como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental trabalham em conjunto com a coordenação da AB/SF no desenvolvimento de materiais técnicos, políticas e ações de acompanhamento e supervisão às ESF.</p>				

1.59	PB	A	A coordenação AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas.	(S) (N)
<p>Os Conselhos Locais de Saúde ou Conselhos de Unidade (USF ou Unidade Básica de Saúde), quando atuantes e bem constituídos, formam uma rede sólida para o desenvolvimento ascendente das decisões em relação à saúde municipal. É papel precípuo do gestor fomentar, apoiar e garantir a sua formação em todas as unidades de saúde.</p>				

1.60	PB	A	A gestão municipal de saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF.	(S) (N)
<p>Para que as equipes possam desenvolver ações efetivas e sistemáticas de Humanização, Acolhimento e Responsabilização, é fundamental que as diretrizes e os mecanismos de implementação estejam estabelecidos a partir da SMS na forma de uma política para a rede municipal.</p>				



Anotações

Lined area for notes, featuring a large, faint watermark of the AMQ logo and a grid structure.

A large, semi-transparent watermark of the AMQ logo is centered on the page, partially overlapping the lined writing area. To the left of this watermark, there is a vertical grid with five rows labeled A, B, C, D, and E. The grid consists of several columns of varying widths, creating a structured area for data entry or notes.

A

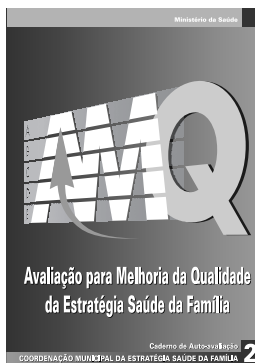
B

C

D

E





Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº2

Coordenação Técnica das Equipes

Planejamento e Integração

Q Elementar

2.1	PB	E	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF.	(S) (N)
O cronograma é um instrumento básico na organização do trabalho da coordenação em que o acompanhamento sistemático e regular das ESF é planejado.				

Q Desenvolvimento

2.2	PB	C	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas.	(S) (N)
O padrão refere-se a um plano de trabalho estabelecendo as competências da coordenação, ações a serem desenvolvidas, prioridades, metas, prazos e responsáveis. Considerar para resposta afirmativa existência de documento redigido e atualizado bianualmente.				

2.3	PB	D	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município: nº de equipes, cobertura, profissionais e resultados.	(S) (N)
O trabalho das ESF é monitorado quanto à sua cobertura, produção, alcance de metas e indicadores contidos no SIAB. Este deve ser atualizado no mínimo trimestralmente.				

Q Consolidada

2.4	PB	C	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.	(S) (N)
O padrão considera a participação dos integrantes da Coordenação no maior número possível de reuniões do Conselho, preferencialmente, em 50% delas. Nos municípios de grande porte considera-se para resposta afirmativa a participação em Conselhos Distritais ou Locais.				

2.5	PB	C	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município.	(S) (N)
O padrão aponta para o desenvolvimento da intersetorialidade e fortalecimento da SF. Considerar reuniões com os setores governamentais relacionados à saúde, educação, assistência social, meio ambiente e saneamento, assim como, organizações e movimentos sociais locais. As reuniões devem envolver planejamento, execução e/ou avaliação conjunta de ações. A resposta deverá ser afirmativa quando as reuniões com um ou mais dos referidos setores acontecerem trimestralmente.				

2.6	PB	C	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município.	(S) (N)
O padrão refere-se ao levantamento, sistematização e divulgação para as ESF dos principais serviços de assistência social, de utilidade pública, de atendimento ao cidadão, de direito ao consumidor e ONG do município.				

Q Boa

2.7	PB	B	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área.	(S) (N)
O padrão considera, para resposta afirmativa, uma ou mais apresentações ao ano. Em municípios acima de 500.000 habitantes, deverá considerar-se uma apresentação anual por região/distrito de saúde.				

Q Avançada

2.8	> 100	A	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica.	(S) (N)
O padrão aponta para corpo técnico com capacidade de formulação, reflexão e interação com instituições acadêmicas, promovendo a troca de conhecimentos/práticas e possibilitando a produção de conhecimento no campo.				

Acompanhamento das Equipes

Q Desenvolvimento

2.9	PB	D	A coordenação da AB/SF reúne-se mensalmente com as ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado com relação ao 2.1, havendo garantia de reuniões mensais dos membros da Equipe com a coordenação, com pauta e agenda.				

Q Consolidada

2.10	PB	C	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe.	(S) (N)
Entende-se como a dedicação de 4 horas semanais para reunião de equipe com o objetivo de planejamento, avaliação, integração e troca de conhecimentos. A coordenação está sensibilizada para a importância desta atividade e dá respaldo frente à população e gestão municipal.				

2.11	PB	C	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF.	(S) (N)
Significa que a coordenação desenvolve ou utiliza instrumentos, tais como: planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o desempenho das ESF, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras.				

Documento Técnico

2.12	PB	C	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF.	(S) (N)
<p>Significa que os eventuais conflitos e problemas de relacionamento no trabalho constituem um foco de atenção da coordenação, que procura abordá-los de maneira propositiva, possibilitando a abertura de canais de comunicação e melhoria do ambiente de trabalho das ESF.</p>				

2.13	PB	C	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações.	(S) (N)
<p>A coordenação realiza um processo formal de avaliação do grau de satisfação dos profissionais, dedicando atenção especial à gestão participativa e ascendente, possibilitando que as opiniões dos membros das ESF sejam assimiladas no dia a dia do trabalho.</p>				

Q Boa

2.14	PB	B	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população.	(S) (N)
<p>Os problemas enfrentados pelas ESF são acompanhados pela coordenação, que se faz presente na tomada de medidas para a sua solução, especialmente aqueles que prejudicam a qualidade da atenção aos clientes.</p>				

Q Avançada

2.15	PB	A	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF.	(S) (N)
<p>Estágio mais avançado com relação ao 2.11. Significa que as avaliações dos trabalhos na SF são realizadas de maneira participativa, possibilitando o compartilhamento das decisões gerenciais e a troca na construção ou proposição dos instrumentos utilizados para o monitoramento.</p>				

Gestão da Educação Permanente

Q Desenvolvimento

2.16	PB	D	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF.	(S) (N)
<p>A coordenação prepara e executa (ou articula-se com outras instâncias para executar) cursos ou encontros para discutir os princípios, diretrizes e a dinâmica de trabalho da SF com os trabalhadores da estratégia.</p>				

2.17	PB	D	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da Educação Permanente.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se à participação direta de membros da coordenação nas atividades locais e ou regionais relacionadas ao desenvolvimento das ações de educação permanente. Considerar a regularidade máxima possível, de acordo com o cronograma de encontros proposto.</p>				

Q Consolidada

2.18	PB	C	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente.	(S) (N)
Existe participação ativa dos profissionais na proposição dos temas considerados prioritários ou necessários em relação à educação permanente.				

Q Boa

2.19	PB	B	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem.	(S) (N)
A coordenação organiza formação teórica e prática nas áreas básicas de saúde (criança, da mulher, hipertensão e diabetes, bucal, mental, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, etc) para médicos, enfermeiros e dentistas que solicitem ou demonstrem lacunas em sua formação para o tema.				

2.20	> 100	B	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente.	(S) (N)
O padrão avalia a participação efetiva e sistemática das áreas técnicas da SMS nas ações de educação permanente desenvolvidas pela coordenação AB/SF, apoiando e viabilizando atividades como as descritas no padrão 2.19.				

Q Avançada

2.21	PB	A	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF.	(S) (N)
Estágio mais avançado com relação ao 2.19 . Há garantia de especialização para os profissionais das ESF, obedecendo critérios técnicos para a prioridade de formação como tempo de serviço, interesse, merecimento etc.				

Gestão de Avaliação

Q Elementar

2.22	PB	E	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente.	(S) (N)
Embora a SF desenvolva ações de maneira diferenciada da lógica por procedimentos, baseadas na população e no território, a avaliação da produção da equipe é a ação mais elementar de acompanhamento dos resultados das ações desenvolvidas.				

Q Desenvolvimento

2.23	PB	D	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento.	(S) (N)
A análise do SIAB serve como ferramenta para a tomada de decisões e efetivamente é utilizada para o aprimoramento das ações, de maneira sistemática e regular, pela coordenação.				

2.24	PB	D	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF.	(S) (N)
A análise do SIAB e sua utilização como instrumento de planejamento e gestão é realizada com a participação das equipes.				

Q Consolidada

2.25	PB	C	A coordenação da AB/SF analisa dados e relatórios dos sistemas de informação do SUS/ ou em saúde.	(S) (N)
São realizadas análises da situação de saúde e do desempenho da SF/AB semestralmente utilizando-se dados disponíveis nos Sistemas de Informação: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.				

2.26	PB	C	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população.	(S) (N)
Há um envolvimento das equipes na análise do impacto das ações, utilizando-se da elaboração de indicadores diferentes ou mais específicos que aqueles presentes no SIAB. A resposta será afirmativa caso este processo seja feito no mínimo anualmente.				

2.27	PB	C	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada.	(S) (N)
Trata-se da existência de um mecanismo gerencial para avaliar se o quantitativo de exames e encaminhamentos solicitados pela ESF não supera nem está aquém do perfil da clientela segundo necessidades definidas tecnicamente.				

Q Boa

2.28	PB	B	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes.	(S) (N)
O planejamento da AB/SF é precedido por uma avaliação com o conjunto de profissionais da SF, assim como, a pactuação de metas de desempenho e cobertura, dentre outras. Este processo deve ser realizado, no mínimo, semestralmente.				

2.29	PB	B	A coordenação da AB/SF reúne-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	(S) (N)
Os resultados do trabalho das equipes é apresentado e debatido com os demais setores da Saúde Municipal, avaliando-se o impacto das ações e o perfil de saúde. O padrão difere-se do 2.5 onde o foco é o desenvolvimento da intersectorialidade, legitimação e apoio. Considerar, para resposta afirmativa, existirem reuniões formais para este objetivo (avaliação/resultados), no mínimo, semestralmente.				

Q Avançada

2.30	PB	A	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com as ESF.	(S) (N)
A coordenação debate com as equipes as metas propostas para o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e monitora o alcance das mesmas, no mínimo, semestralmente.				

2.31	> 20	A	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município.	(S) (N)
O padrão considera a periodicidade mínima de quatro anos para realização deste tipo de estudo epidemiológico.				

Normatização

Q Elementar

2.32	PB	E	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF documento com os princípios e diretrizes da estratégia SF.	(S) (N)
A coordenação tem documento escrito com os princípios e diretrizes da SF, próprio ou de outra instância de gestão (estadual ou federal), e este documento está disponível e acessível a todos os profissionais das USF.				

2.33	PB	E	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos.	(S) (N)
Refere-se a utilização de documentos técnicos atualizados, regulamentações de vigilância sanitária (elaborados pelas instâncias federal, estadual ou municipal) referentes à normatização para áreas físicas e equipamentos das USF.				

Q Desenvolvimento

2.34	PB	D	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contra-referência municipal.	(S) (N)
Existem informações em todas as USF, tais como: documentos, instruções, fluxogramas, lista de serviços, critérios de encaminhamento ou condutas padronizadas, por escrito, atualizados no mínimo semestralmente, sobre o sistema de referência e contra-referência municipal.				

2.35	PB	D	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica.	(S) (N)
Existe manual, elaborado pela própria SMS ou proveniente de outra instância de gestão (estadual ou federal), sobre os medicamentos utilizados na farmácia básica. Considerar, para resposta afirmativa, que todas as equipes são contempladas com o material.				

Q Consolidada

2.36	PB	C	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as situações freqüentes na Atenção Básica.	(S) (N)
Livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas sobre situações de risco sanitário, de adoecimento ou acompanhamento freqüentes em AB são fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais da SF. Este material não se refere a folhetos e material informativo destinado aos usuários.				

2.37	PB	C	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país.	(S) (N)
Existem livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais das USF. Folhetos e material informativo destinado aos usuários não estão sob consideração.				

Q Boa

2.38	PB	B	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF.	(S) (N)
Refere-se à existência, nas unidades, de documento ou instrutivo, elaborado pela própria SMS ou procedente de outra esfera, estabelecendo a atuação de cada categoria profissional da SF em termos de ações, condutas, procedimentos e atividades (ACD, ACS, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e THD).				

2.39	PB	B	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência.	(S) (N)
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência				

Q Avançada

2.40	PB	A	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental.	(S) (N)
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência em Saúde Mental, especificamente.				



Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 3

Unidade Saúde da Família

Infra-estrutura e Equipamentos da USF

Q Elementar

3.1	PB	E	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.	(S) (N)
<p>Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização freqüente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).</p>				
3.2	PB	E	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.</p>				
3.3	PB	E	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.	(S) (N)
<p>Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade, além das referências culturais das usuárias.</p>				
3.4	PB	E	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	(S) (N)
<p>Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.</p>				
3.5	PB	E	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave e equipamentos de proteção individual (EPIs). Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada. A lista básica de equipamentos, instrumentais e insumos está publicada no site do projeto: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm (entrar em Proposta Técnica, depois ir para Áreas Técnicas e depois Saúde Bucal).</p>				

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

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

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

Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.

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

Este equipamento reservado ao uso exclusivo da atividade de imunização com controle de temperatura é considerado critério de qualidade da Atenção Básica.

Q Desenvolvimento

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

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

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

A USF possui instrumentais e materiais de consumo para o atendimento gineco-obstétrico em quantidade e garantia de esterilização compatível com a demanda esperada (suficiente para não causar interrupções ou prejuízos à assistência). Instrumentais: espéculos pequenos, médios e grandes; pinças de Cheron; pinça de Pozzi, pinça auxiliar, cuba rim, cubas inoxidáveis. Materiais de consumo: luvas, algodão, gaze, compressas, ácido acético, lugol, álcool, solução fixadora, lâmina para citologia, espátula de Ayre e escova endocervical.

Q Consolidada

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

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

Documento Técnico

3.12	PB	C	Os tensiômetros e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos.	(S) (N)
Considerar a resposta afirmativa quando a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos for realizada, no mínimo, semestralmente.				
3.13	PB	C	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo.	(S) (N)
Dentre esses equipamentos podem constar calçados, protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol.				
3.14	> 100	C	A USF dispõe de linha telefônica.	(S) (N)
Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais.				
3.15	> 100	C	A USF dispõe de equipamento de informática.	(S) (N)
O padrão refere-se à USF dispor de, no mínimo, um equipamento composto por: CPU, monitor de vídeo, teclado, mouse, estabilizador e impressora compatíveis em boas condições de uso, bem como, insumos que permitam seu funcionamento (papel, cartuchos de tinta).				
3.16	PB	C	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.	(S) (N)
Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.				
3.17	PB	C	A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o aumento da resolubilidade da AB.				
3.18	PB	C	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	(S) (N)
O padrão refere-se à USF possuir: ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratória.				

3.19	PB	C	O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.	(S) (N)
A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade de veículo da SMS para atendimento das atividades externas programadas pelas ESF.				

3.20	PB	C	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.	(S) (N)
O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som.				

3.21	PB	B	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.	(S) (N)
A disposição física dos consultórios, equipamentos (listados no 3.5) e instrumentais possibilitam o atendimento concomitante pelo cirurgião-dentista e THD, de maneira integrada.				

Q Boa

3.22	> 100	B	A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.	(S) (N)
Embora sejam estruturas fundamentais em qualquer USF, sua existência qualifica a atenção prestada, ampliando o acesso, a equidade e a resolubilidade da AB.				

Q Avançada

3.23	> 100	A	A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.	(S) (N)
A internet é considerada como um importante recurso para comunicação, obtenção de informações técnicas relevantes e atualização técnica (educação continuada). A existência de internet banda larga na USF, com disponibilidade para os trabalhadores da SF (estabelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.				

3.24	PB	A	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.	(S) (N)
Este padrão se refere às condições ideais para o atendimento ginecológico, em termos de conforto e privacidade da cliente.				

Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

Q Elementar

3.25	PB	E	A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.	(S) (N)
Para o Programa Nacional considerar as definições da Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm				

3.26	PB	E	A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais freqüentes.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Pode ser calculado através da demanda não atendida.				

3.27	PB	E	As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.	(S) (N)
O padrão considera que insumos mínimos para as atividades de educação em saúde sejam cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos.				

3.28	PB	E	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses.	(S) (N)
Ao utilizar a expressão "com regularidade e em quantidade suficiente" o padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Deve-se prever o atendimento à crianças e gestantes.				

Q Desenvolvimento

3.29	PB	D	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.	(S) (N)
Considerar como insumos básicos: algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva de procedimento, fio para sutura, ataduras de gaze, abaixador de língua, termômetro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.30	PB	D	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.	(S) (N)
Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.31	PB	D	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular da ações de saúde.	(S) (N)
Por exemplo: formulários, receituários e requisições. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.				

3.32	PB	D	A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente.	(S) (N)
Equipamento e insumos considerados indispensáveis no acompanhamento da população de diabéticos. Considerar, para as fitas, suficiência de 80% da demanda.				

3.33	PB	D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento dos antibióticos utilizados na Atenção Básica, com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do				

3.34	PB	D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

3.35	PB	D	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

Q Consolidada

3.36	PB	C	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

3.37	PB	C	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas.	(S) (N)
O padrão considera os medicamentos definidos em protocolos clínicos, em quantidade suficiente para o atendimento à demanda especificada. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				

Q Boa

3.38	PB	B	A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.	(S) (N)
Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				

3.39	PB	B	A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro-intestinal.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.				

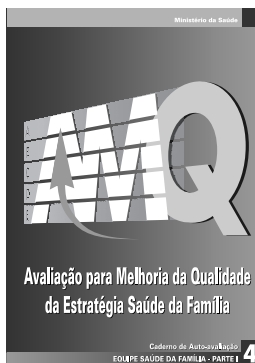
Q Avançada

3.40	PB	A	A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epiléptica de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado.	(S) (N)
Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.				



Anotações





Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº 4

Consolidação do Modelo de Atenção

Organização do Trabalho em Saúde da Família

Q Elementar

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

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

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

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

Q Desenvolvimento

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

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

4.07	D	A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes.	(S) (N)
O padrão refere-se ao levantamento das informações presentes na Ficha A (SIAB) associado ao mapeamento de áreas de risco e entrevistas com lideranças da comunidade. Outras fontes de informação podem ser os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa.			
4.08	D	A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.	(S) (N)
O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe.			
4.09	D	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF.	(S) (N)
O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.			

Q Consolidada

4.10	C	A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.	(S) (N)
Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.			
4.11	C	O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.	(S) (N)
Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.			
4.12	C	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	(S) (N)
Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			
4.13	C	A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.	(S) (N)
A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.			
4.14	C	A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.			

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

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

Q Boa

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

4.18	B	Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.19	B	A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Avançada

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

4.21	A	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Acolhimento, Humanização e Responsabilização

Q Elementar

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

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

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

O padrão refere-se à equipe estar sensibilizada e fornecer à população informações que possibilitem melhor e maior utilização dos serviços disponíveis. O padrão considera que as informações são transmitidas aos usuários tanto na forma verbal quanto escrita, por meio de cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

Q Desenvolvimento

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

Os membros da equipe estão sensibilizados e prestam atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.

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

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

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

O padrão refere-se à disponibilização e facilitação do acesso a urna, livro, ou outros mecanismos menos formais de registro (anotação pelos profissionais de falas livres durante o contato com a população), das sugestões e reclamações, estando garantido o sigilo do usuário.

Q Consolidada

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

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

4.28	C	Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.29	C	A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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)
<p>O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.</p>			

4.31	C	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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)
<p>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.</p>			

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

Promoção da Saúde

Q Elementar

4.34	E	São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Desenvolvimento

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

4.36	D	São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.37	D	A ESF desenvolve grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.38	D	A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.39	D	A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Documento Técnico

Q Consolidada

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

Q Boa

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

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

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

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

Q Avançada

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

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

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

Participação Comunitária e Controle Social

Q Desenvolvimento

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

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

Q Consolidada

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

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

Q Boa

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

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

Q Avançada

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

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

Vigilância à Saúde

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Q Elementar

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

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

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

4.61	E	Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de <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 multirões) quanto à manutenção de caixas d'água, pneus, garrafas, vasos de plantas, etc. Considerar para resposta afirmativa a realização de, no mínimo, uma atividade mensal no período setembro - março.			

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

Q Desenvolvimento

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

4.64	D	A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe desenvolver junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões, tais como: manipulação e conservação de alimentos, uso racional de produ			

Q Consolidada

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

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

Q Boa

4.67	B	A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por automedicação, entre outras. Neste sentido, as v			

4.68	B	A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	(S) (N)
A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais como: a notificação e o ac			

Q Avançada

4.69	A	A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população. No Br			

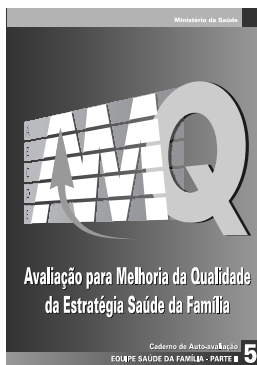
4.70	A	A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.	(S) (N)
A ESF está sensibilizada para a ocorrência de riscos, doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional (http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador). Considerar a resposta afirmativa quando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



Anotações

Lined area for taking notes, featuring a large, faint watermark of the AMQ logo.





Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Instrumento nº5

Atenção à Saúde

Saúde de Crianças

Q Elementar

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

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

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

Q Desenvolvimento

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

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

Q Consolidada

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

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

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

Documento Técnico

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

Q Boa

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

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

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

5.17	B	Todos os óbitos neonatais são investigados.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1.500 g. As orientações para investigação estão descritas no 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)
<p>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.</p>			

5.21	A	Todos os óbitos infantis e fetais ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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

5.23	A	80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.24	A	Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses .	(S) (N)
<p>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.</p>			

Saúde dos Adolescentes

Q Desenvolvimento

5.25	D	A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Consolidada

5.26	D	50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Boa

5.27	B	50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.28	B	A ESF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Avançada

5.29	A	Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.30	A	Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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)
<p>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.</p>			

5.32	E	Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco.	(S) (N)
<p>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 fôco (após 4º mês).</p>			
5.33	E	São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.34	E	A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.35	E	A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Desenvolvimento

5.36	D	A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.37	D	A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.38	D	Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.</p>			
5.39	D	80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os diabéticos em acompanhamento.</p>			

Documento Técnico

5.40	D	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.41	D	80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.42	D	A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se à realização de ações educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.</p>			
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)
<p>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%.</p>			
5.44	D	A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.45	D	Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a).	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.46	D	80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.	(S) (N)
<p>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.</p>			
5.47	D	É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação.	(S) (N)
<p>O padrão refere-se aos profissionais de nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.</p>			

5.48	D	A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Consolidada

5.49	C	A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco.	(S) (N)
<p>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).</p>			

5.50	C	A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco.	(S) (N)
<p>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).</p>			

5.51	C	A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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

5.53	C	O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.54	C	A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
<p>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%.</p>			

5.55	C	A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	(S) (N)
<p>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%.</p>			

Documento Técnico

5.56	C	80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.57	C	O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.58	C	A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.59	C	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.60	C	A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.	(S) (N)
<p>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.</p>			

Q Boa

5.61	B	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	(S) (N)
<p>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.</p>			

5.62	B	Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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

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

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

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

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

Q Avançada

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

Saúde de Idosos

Q Desenvolvimento

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

Q Consolidada

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

Q Boa

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

Q Avançada

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

Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis

Q Desenvolvimento

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

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

Q Consolidada

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

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

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

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

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

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

Q Boa

5.85	B	90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura.	(S) (N)
O padrão configura-se como 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.			

Documento Técnico

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

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

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

Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada

Q Desenvolvimento

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

Q Consolidada

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

Sugestões de Temas para Padrões Loco-regionais

Exemplos:

Violência/ Causas externas

Saúde indígena

Quilombolas

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



Anotações

Lined writing area for notes, featuring horizontal lines and a large, faint watermark of the 'AMQ' logo.





Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Visite o site do projeto:

www.saude.gov.br/caadab

Acessar:

**'Avaliação para Melhoria da Qualidade
da Estratégia Saúde da Família'**

Para dúvidas, sugestões e contribuições:

avaliacoesf@saude.gov.br

Telefones: + 55 61 **3315 2391**
+ 55 61 **3315 3434**