

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**Autoavaliação no trabalho de uma equipe de Saúde da Família:
relato de experiência**

UBERABA- MINAS GERAIS
2011

MARIANA DA SILVA CASTRO VIANNA

**Autoavaliação no trabalho de uma equipe de Saúde da Família:
relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

UBERABA-MINAS GERAIS

2011

MARIANA DA SILVA CASTRO VIANNA

**Autoavaliação no trabalho de uma equipe de Saúde da Família: relato de
experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora	UFMG
Profa. Ms. Maria José Cabral Grillo	UFMG

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

Dedico este trabalho ao meu marido, primeiro leitor e parceiro sempre.

A todos da equipe “PSF Zona Sul”, sem os quais esse trabalho não existiria.

“O óbvio é a verdade mais difícil de se enxergar”

Clarice Lispector

RESUMO

A avaliação faz parte do cotidiano das equipes de Saúde da Família e é uma ferramenta imprescindível para planejar. Este relato busca sistematizar experiência da implantação da ferramenta AMQ – Avaliação pela Melhoria da Qualidade, junto de uma equipe de Saúde da Família em Indaiatuba, SP. A metodologia utilizada foi a autoavaliação da equipe a partir do caderno avaliativo proposto pela ferramenta. A experiência proporcionou uma autoavaliação dos integrantes da equipe a respeito do próprio processo de trabalho e do seu impacto sobre o cuidado prestado para a população. O resultado do questionário permitiu elencar os pontos fortes da equipe, tais como bons indicadores de cobertura e rede de apoio intersetorial. Também mostrou algumas atividades que não são realizadas, como ações de promoção à saúde e participação popular. Por fim, a experiência mostrou a importância de ouvir os trabalhadores e a necessidade de buscar continuamente a qualidade.

Descritores: saúde da família; melhoria de qualidade; avaliação em saúde

ABSTRACT

The assessment is part of the daily lives of family health teams and is an indispensable tool for planning. This report seeks to systematize the experience of deploying the AMQ tool – assessment by improvement of quality, along with a family health team in Indaiatuba, São Paulo. The methodology used was the team self-evaluation of the specification proposed by the tool. The experience provided a self-assessment of team members regarding the work process itself and its impact on the care provided to the population. The result of the questionnaire allowed list the strengths of the team, such as good indicators of coverage and intersectoral support network. Also showed some activities that are not performed, such as actions to promote health and popular participation. Finally, experience has shown the importance of listening to workers and the need to continuously seek quality.

Descriptors: family health; improvement of quality; health assessment

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	22
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	23
5. RELATO DA EXPERIÊNCIA	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Somos avaliados constantemente e creio ser na escola o primeiro espaço em que a avaliação toma forma e marca presença na vida das pessoas. Desde criança, o impacto da avaliação surge na escola, nas notas e na comparação entre os demais alunos, na exigência de pais e professores. A avaliação passa a ser algo negativo e punitivo que nos acompanha na vida adulta. Quando nos tornamos avaliadores ou somos avaliados por nossos superiores na vida profissional, muitas vezes as experiências escolares ressurgem – de forma consciente ou não - e agimos como o professor autoritário, ou como aquele aluno tímido, acuado. Esse é um dos motivos que inspirou a pesquisa sobre esse tema: as diversas faces da avaliação.

Quando discutimos na área da saúde o empoderamento da sociedade, ou quando discutimos as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), trazemos a tona idéias que exigem mudanças no comportamento e na forma de enxergar o mundo. Avaliar exige conhecer o objeto a ser avaliado com um propósito bem definido, o que muitas vezes não existe – na educação ou na saúde. A falta de participação, popular ou profissional, ilustra o grau de alienação e opressão em que um grupo vive. Uma prática avaliativa crítica surge de uma prática de vida crítica, capaz de melhorar a vida de todos: profissionais, usuários e o aluno da escola, que continua presente dentro de nós.

Demo (2008) destaca o caráter político da avaliação, em especial da avaliação qualitativa. Para o autor a participação dos envolvidos no processo é fundamental e sinônimo de planejamento. Assim, como proposta de atividade de conclusão do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, o relato de experiência que é apresentado a seguir é fruto de discussões em equipe para autoavaliação e reorganização do seu processo de trabalho.

Os módulos iniciais do curso de especialização foram essenciais para o processo de transformação do trabalho da equipe. As atividades serviram para instrumentalizar meu papel de enfermeira e coordenadora da unidade, em especial o módulo de planejamento das ações de saúde, onde uma das atividades realizadas foi o diagnóstico situacional. Para realizar esse diagnóstico, as reuniões de equipe foram

primordiais, pois possibilitaram a reflexão de diversos aspectos do trabalho da equipe.

A proposta de implantar o questionário da Avaliação pela Melhoria da Qualidade (AMQ), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), surgiu dessas discussões e por iniciativa própria, uma vez que, até aquele momento, essa metodologia não era conhecida pela equipe ou pela Secretaria Municipal de Saúde. O questionário da AMQ foi aplicado de forma piloto em uma equipe de saúde da família, na qual estou inserida.

Considerando a existência dos dados da AMQ realizada pelos funcionários da UBS onde trabalho, optei por fazer um relato dessa experiência que foi, de certa forma, uma primeira aproximação com a metodologia de AMQ. Por tanto, neste trabalho relato o processo de realização da AMQ e os resultados dessa vivência.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Franco e Merhy (2007) a partir de movimentos sociais, com destaque para a Reforma Sanitária na década de 1970, que culminaram com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como principal solução governamental à crise do modelo assistencial à saúde vigente, uma vez que o SUS por si só não modificou os processos de trabalho, que se mantiveram “procedimento-centrado e não usuário-centrado”.

Para os autores, a mudança dos processos de trabalho é necessária para re-criar um modelo de assistência à saúde através do vínculo e responsabilização, acolhimento e autonomia – dos profissionais e usuários do serviço – o que não necessariamente ocorre apenas com a substituição de unidades básicas de saúde tradicionais por equipes de Saúde da Família.

Para situar o relato da experiência de utilização da metodologia da Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ) numa equipe de saúde da família, considerou-se importante descrever, mesmo que de forma sucinta, o município onde se situa a equipe que foi objeto deste relato de experiência.

A cidade de Indaiatuba possui cerca de 200 mil habitantes, de acordo com o Censo do IBGE de 2010, e pertence à região metropolitana de Campinas. Em 2008 obteve o título de cidade com melhores indicadores de desenvolvimento do país – que analisou indicadores de emprego, acesso à saúde e à educação, no período de 2000 a 2005 (FIRJAN, 2009). Ainda que em 2009 a cidade tenha alcançado o terceiro lugar segundo os mesmos indicadores (que analisou os dados de 2006), continua sendo uma cidade com bons indicadores. Esse dado se torna relevante ao considerarmos que a cidade possui apenas 15,0% da população coberta por equipes de saúde da família, mas possui 60% da sua população dependentes do SUS, segundo dados da própria Secretaria Municipal de Saúde.

A implantação de equipes de saúde da família aconteceu no ano 2000, quando a primeira equipe foi formada. A Unidade de Saúde (UBS) com a equipe de saúde da

família do estudo, a equipe “Zona Sul” começou a funcionar no mesmo espaço físico do “Ambulatório da Mulher”, localizado na periferia de Indaiatuba. Importante ressaltar que essa UBS estava localizada fora da sua área de abrangência e que é a mesma em que trabalho hoje. Há apenas quatro anos essa UBS passou a ocupar uma casa alugada dentro da sua área de abrangência.

No município há um predomínio de UBS atuando no modelo tradicional, responsável, cada uma, por um grande número de usuários (há UBS com mais 50 mil usuários inscritos).

Existe um Hospital Dia que na verdade é um grande centro de especialidades e que só atende usuários referenciados pela atenção básica (PSF e UBS). O município conta também com duas unidades de emergência, um hospital e maternidade vinculados ao SUS (que não são administrados pela prefeitura) e um sistema de remoção de urgências precário, onde faltam ambulâncias e profissionais qualificados.

Guardadas as devidas considerações a respeito de alguns indicadores, é fato que o modelo de atenção à saúde em Indaiatuba ainda é pouco definido para a gestão municipal e também para os seus trabalhadores. Ainda existe uma ênfase em atenção secundária e terciária e uma atenção básica incipiente em promoção à saúde e prevenção de doenças. Os funcionários reproduzem esse comportamento quando ainda não conseguem ver claramente os objetivos de uma UBS com equipe de saúde da família (UBS/SF), reforçando e valorizando o trabalho centrado na figura do médico, na doença e no uso de exames complementares, como indicadores de qualidade do serviço.

Talvez a explicação para esse modo de atuar na saúde seja histórica. Até cerca de 20 anos atrás só havia o hospital na cidade e poucos Postos de Saúde, cuja função principal era realizar atividades com grupos específicos: pré-natal, puericultura e consultas de clínica médica, todas essas atividades centralizadas em consultas médicas. A única exceção era a aplicação de vacinas, prática historicamente instituída no Brasil como atividade de saúde pública (FARIA *et al.*, 2009). A criação da primeira UBS com equipe de Saúde da Família foi feita nesse contexto, cujo principal objetivo da Secretaria Municipal de Saúde da época foi o repasse de

verbas ministeriais para a Saúde da Família. Na época não existia o Conselho Municipal de Saúde, os funcionários foram selecionados por meio de concurso público (como ainda são) e a definição de território foi feita considerando as regiões mais afastadas do centro da cidade, isto é, longe de onde estão o hospital e os serviços de referência. Poucos são os profissionais que estão no serviço desde a sua implantação e os que chegaram após não têm conhecimento desse processo.

As características encontradas no sistema de saúde de Indaiatuba são semelhantes às encontradas na maior parte das cidades com mais de 100 mil habitantes do estado de São Paulo. Segundo pesquisa realizada por D'Avila *et al.* (2006) as características históricas de urbanização das cidades influenciam no contexto de saúde de seus moradores, bem como na forma como essa saúde é tratada.

É comum ouvir profissionais e gestores de Indaiatuba justificando a baixa cobertura de SF na cidade por ser essa uma estratégia que “não dá em certo em cidades grandes ou em regiões metropolitanas”. É necessário, sim, considerar algumas características que cidades com mais de 100 mil habitantes possuem e que interferem na implantação da estratégia de saúde da família, tais como a mistura de oferta de serviços do setor público e privado, a existência de tecnologia médica moderna, a violência urbana e a própria política de repasse de verbas federal, que acaba por priorizar municípios menores (D'AVILA *et al.*, 2006). No entanto, os mesmos autores apontam que é possível cidades com maior porte implantarem com êxito a estratégia.

O bairro onde a UBS está situada tem cerca de 100 mil habitantes, com uma alta taxa de SUS dependente (aproximadamente 80,0%, segundo informes da Secretaria Municipal de Saúde). Como exemplo da falta de planejamento e da falta de valorização da Atenção Básica, em especial da ESF, o bairro tem, atualmente, apenas duas equipes de Saúde da Família, um Ambulatório de Saúde da Mulher, uma UBS, modelo tradicional que atende cerca de 50 mil usuários, um Ambulatório de Pediatria e um Pronto Socorro. Mais uma vez percebe-se a fragmentação do cuidado. É uma região carente, marcada pela pobreza e pela violência.

Nas proximidades da UBS foi inaugurado, há dois anos, um Centro de Lazer com quadras poliesportivas, academia (com aeróbica e musculação), piscina de

hidroginástica aquecida e atividades infantis como balé e capoeira. Mesmo que as vagas não sejam suficientes para atender a demanda, já tem contribuído positivamente para a qualidade de vida da população. Também há dois anos foi inaugurado o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que tem sido um parceiro extremamente importante para trabalhar em conjunto para resolução dos problemas sociais e de saúde encontrados.

A equipe do PSF Zona Sul, junto a qual trabalho, é responsável por cinco microáreas (das quais uma está sem Agente Comunitário de Saúde há mais de um ano). Foi a primeira equipe de Saúde da Família implantada na cidade, em meados do ano 2000. Conta com um médico (que não tem formação específica de Saúde da Família e que cumpre 20 horas semanais), uma enfermeira que também é a coordenadora da UBS, 04 agentes comunitários de saúde, 01 técnica de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem. Não possui funcionário para a recepção, apenas estagiárias do curso técnico de logística da cidade, que são trocadas a cada seis meses por causa do contrato de estágio. Essa alta rotatividade prejudica o bom atendimento da unidade e um acolhimento adequado dos pacientes.

Assim como as outras unidades de Saúde da Família da cidade, a equipe Zona Sul também tem dois médicos pediatras, um ginecologista e um clínico geral, necessários para atender a demanda da população que não é suprida pelo atendimento do médico da equipe de saúde da família, reforçando a fragmentação do cuidado e descaracterizando o cuidado que deveria ser prestado por uma equipe de saúde da família.

A casa alugada onde funciona a unidade foi adaptada há cerca de quatro anos. O espaço físico não permite que atividades de grupo sejam realizadas com qualidade, já que o único espaço disponível é a sala de espera dos usuários. Têm apenas dois consultórios, uma sala de vacina e um pequeno espaço que serve como sala de curativo e expurgo; uma sala de enfermagem e a recepção. É equipada com o mínimo de materiais necessários (sonar, estetoscópio, esfigmomanômetro, torpedo de oxigênio para inalação, entre outros), além de possuir televisão e DVD e dois computadores.

As tabelas apresentadas, a seguir permitem uma visualização das características demográficas da área de abrangência da UBS PSF Zona Sul.

Tabela 01 - População adscrita da Unidade Básica de Saúde, PSF Zona Sul, segundo a sua distribuição por faixa etária e sexo, 2009.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Pop. total	
	N	%	N	%	N	%
menor 1 ano	10	0,5	7	0,3	17	0,4
1 a 4 anos	100	4,7	97	4,7	197	4,7
5 a 9 anos	234	10,9	210	10,1	444	10,5
10 a 14 anos	261	12,1	214	10,3	475	11,2
15 a 19 anos	225	10,5	235	11,3	460	10,9
20 a 49 anos	1071	49,8	1041	50,1	2112	50,0
50 a 59 anos	144	6,7	166	8,0	310	7,3
60 anos e +	106	4,9	106	5,1	212	5,0
Total	2151	100,0	2076	100,0	4227	100,0

Fonte: SIABMUN, 2009

Os dados mostram o predomínio de pessoas na faixa etária entre 20 e 49 anos (50%) seguido por um grande número de crianças e adolescentes (37,3%). Esses dados são especialmente relevantes se considerarmos as principais ações desenvolvidas em uma UBS tais como puericultura, prevenção de câncer uterino e consultas de pré-natal. Em uma perspectiva mais detalhada, também reforça a necessidade da equipe estar preparada para ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus), ações de educação sexual e prevenção da gestação precoce. Considerando o problema de consumo de drogas, violência e desemprego comuns da região, entender o perfil da população atendida é fundamental também para atuar em rede e de forma intersetorial.

A população idosa representa apenas 5% da população total. A explicação para esse dado talvez seja a construção mais recente das casas onde a UBS atua se comparada com o resto do bairro (a unidade fica na penúltima rua da cidade). O afastamento geográfico de pontos de referência importantes, tais como pontos de ônibus, locais de lazer e comércios em geral também é visto como um dos motivos. É fato também que essa população idosa, embora pequena, seja responsável em sua maioria pelo sustento e cuidado de suas famílias, especialmente dos netos.

Por ter uma população idosa reduzida, são poucos os pacientes acamados e muito idosos, dado relevante para o planejamento de ações da equipe, tais como vacinação e visitas domiciliares.

É curioso perceber que até a realização da AMQ esse reconhecimento sobre a população não era praticado pela equipe como um todo. O processo de auto-avaliação criou a necessidade de se re-conhecer o território de atuação.

Tabela 02 - População adscrita da Unidade Básica de Saúde, PSF Zona Sul, segundo a faixa etária e sua distribuição por microáreas, 2009

Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Menor 1 ano	5	6	0	2	4	17
1 a 4 anos	47	42	29	37	42	197
5 a 9 anos	102	41	80	110	44	377
10 a 14 anos	124	91	102	94	64	475
15 a 19 anos	109	83	99	104	65	460
20 a 49 anos	482	436	436	415	343	2112
50 a 59 anos	56	53	71	70	60	310
60 anos e +	50	39	38	52	33	212
Total	975	858	855	884	655	4227

Fonte: SIABMUN, 2009

Ao analisarmos a população conforme as microáreas, também percebemos diferenças no predomínio de algumas faixas etárias, como crianças e adolescentes e a população idosa. A diferença entre duas microáreas, na faixa etária de 10 a 14 anos, chega a 51%. Essas diferenças são extremamente importantes no

planejamento de ações de saúde, tanto da equipe como um todo, como da atuação de cada agente comunitário. Ao pensarmos na falta de um agente comunitário em uma das microáreas, percebemos tanto a dificuldade de realizarmos tal planejamento (por não termos o profissional) como de não atendermos uma parcela da população da forma como deveríamos.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência é adequada, com 100% de domicílios com rede de esgoto e abastecimento de água tratada, bem como 100,0% de coleta de lixo. As casas são todas de alvenaria, mas é comum encontrar várias famílias morando na mesma casa, dividindo os cômodos. Não há uma fonte de dados capaz de quantificar quantas famílias moram em uma mesma casa (SIAB, 2009).

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) também não informam com confiança dado sobre escolaridade e ocupação profissional, além de dados sobre desemprego, trabalhos informais e subemprego. No entanto, o que é percebido pela equipe é um grande número de analfabetos na população idosa e desemprego entre homens na faixa etária dos 20 aos 49 anos.

Com relação aos agravos não foram registrados nos últimos anos dados significativos de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (um caso em 2008 e um em 2009 respectivamente). Os dados a respeito de hipertensão e diabetes estão descritos na tabela 03, a seguir.

Tabela 03 - Relação de pacientes com hipertensão (HA) e diabetes (DM) por microárea. PSF Zona Sul, 2009

	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total	% pop
HA	57	66	73	68	54	318	7,5
DM	09	14	21	16	15	75	1,8

Fonte: SIABMUN, 2009

Pelos dados acima podemos inferir que provavelmente existe uma subnotificação de casos de hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM), já que dados do Ministério da Saúde apontam que cerca de 20% da população em geral têm HA e

10% têm DM. Isso mostra a necessidade da equipe realizar ações de busca ativa de forma mais eficiente.

Tabela 04 - Gestantes cadastradas no período de janeiro a outubro de 2009. PSF Zona Sul, 2009.

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	média
<i>Gestantes cadastradas</i>	22	26	19	10	32	22	26	29	19	25	23
< 20 anos	03	06	05	02	09	04	06	07	02	05	05
% < 20 anos cad.	13,6	23	26,3	20	28,1	18,2	23	24,1	10,5	20	21,7
Acompanha-das	16	26	19	10	31	22	26	27	18	22	22(95,6)
Com vacina em dia	16	26	19	10	17	19	20	25	17	19	19(86,4)
Consulta PN no mês	16	26	19	09	31	22	26	27	18	22	22(100)
Início 1º trimestre	16	23	19	09	20	19	23	24	18	16	19(86,4)

Fonte: SIABMUN, 2009

Com relação às gestantes vemos que a prevalência de menores de 20 anos grávidas é de 21,7%, ligeiramente mais alta que a média do município que é de 20%. Esse dado talvez exista em decorrência do perfil populacional que a unidade atende, com grande quantidade de crianças e adolescentes. De uma forma geral, avalia-se o pré-natal de forma positiva, pois existe uma cobertura de 100% de

consultas mensais e início precoce do acompanhamento (início no primeiro trimestre) maior que 85%.

Os demais dados relativos ao funcionamento da unidade, tais como número de consultas e procedimentos, visitas, mortalidade infantil (01 óbito neonatal em cinco anos) e doenças referidas não foram considerados relevantes pela equipe. Também muitos destes dados não foram registrados de forma adequada para que sua análise fosse realizada.

Egry e Oliveira (2008) comentam que os sistemas de saúde não são capazes de atender as necessidades de todos os grupos sociais existentes, e suas práticas de cuidados variam a partir de um determinado momento histórico, legitimando algumas necessidades em detrimento de outras. Nesse sentido, os serviços de saúde devem se “centrar no usuário e intervir a partir dos seus problemas” (MERHY, 2007a, p. 79) e o processo de trabalho dessa equipe, a partir do trabalho vivo em ato, deve estar fundamentado na tecnologia das relações - “tecnologia leve” – onde profissionais e usuários “são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhadores-intervenções” (MERHY *et al*, 2007b, p. 128).

Deve-se considerar que o processo de trabalho em saúde é complexo e peculiar, já que envolvem diferentes atores com diferentes necessidades e expectativas. As relações interpessoais e os objetivos institucionais também são elementos importantes desse processo (FARIA *et al*, 2009). Também a intencionalidade que existe nesses processos de trabalho não é individual, e sim social, de forma a responder as necessidades sociais que justificam esse trabalho (EGRY e OLIVEIRA, 2008).

Portanto, a ESF apenas não parece ser suficiente para dar resposta a tantas demandas subjetivas e interpessoais que parecem surgir desse trabalho vivo em ato (MERHY, 2007a).

A experiência como coordenadora desta UBS mostrou a dificuldade da equipe em alcançar, no seu cotidiano, uma política de Atenção Básica e suas ações necessárias, o alcance dos princípios do SUS e sua consolidação por meio de um processo de trabalho crítico e reflexivo centrado no usuário e em suas necessidades. Percebe-se, também, a dificuldade de se avaliar o impacto e

efetividade dessas diversas atividades na saúde da população. Quem assume essa função de coordenação, ou gestor do cuidado, é responsável por desempenhar relações intercessoras com o usuário (papel clínico) e administrar toda uma rede necessária para a realização de um projeto terapêutico (papel gerente do processo), fazendo conexão com os recursos disponíveis na rede de serviços (FRANCO; MERHY, 2007).

Se somarmos a esse contexto o papel e a identidade do enfermeiro, cujo objeto de trabalho é o cuidado, individual e coletivo, incluídas “as estratégias de intervenção para o gerenciamento, para a organização de programas e para as políticas de saúde na dimensão social” (ALMEIDA *et al.* 2009, p. 752), pode-se inferir a complexidade contida no papel de enfermeiro coordenador, que exerce a função de cuidar e zelar pela saúde da população do território sob sua responsabilidade e ainda as de gerenciar a UBS.

A partir dessa análise inicial, e diante da complexidade exposta a respeito do meu cotidiano de trabalho, é possível entender a necessidade da avaliação dos serviços de saúde a partir da autoavaliação dos envolvidos no processo de trabalho dessa equipe de Saúde da Família.

Avaliar pressupõe formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto (BRASIL, 2005). A partir desta idéia, a proposta da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, elaborada pelo Ministério da Saúde, tem como metodologia a autoavaliação por meio de instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos, a partir de uma perspectiva de autogestão desses atores. Permite identificar os estágios de desenvolvimento da organização e funcionamento dos serviços de saúde e as suas práticas, bem como seus pontos críticos, pontos consolidados e potencialidades. Tem um “aspecto orientador, pedagógico e indutor de boas práticas em saúde” (BRASIL, 2005, p. 10).

O Programa da AMQ proposto pelo Ministério da Saúde baseia-se em cinco cadernos avaliativos dirigidos aos secretários municipais de saúde, coordenadores de Atenção Básica, coordenadores de unidades e dois cadernos para as equipes de Saúde da Família: um voltado para os programas de saúde (destinados a médicos,

enfermeiros e dentistas) e outro para toda a equipe, que avalia aspectos fortemente relacionados ao processo de trabalho.

Na proposta da AMQ, a qualidade é entendida como a garantia de maior efetividade e eficiência dos serviços de saúde, conceitos propostos por Donabedian através dos “Sete pilares da qualidade”, onde **efetividade** se traduz pela melhoria na saúde a partir das condições corriqueiras das práticas profissionais e **eficiência** é o custo necessário para se atingir essa melhoria de saúde (DONABEDIAN, 1994 *apud* MALIK e SCHIESARI, 2010). Assim, o exercício de uma avaliação contínua e reflexiva por parte dos atores envolvidos na ESF deve permitir a tomada de decisão para atender as demandas e necessidades de saúde com qualidade, para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005).

Como Faria *et al.* (2009) destacam, é fundamental que os profissionais das equipes de Saúde da Família criem habilidades para a aplicação de instrumentos que permitam a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho, tendo em vista a complexidade e a indeterminação dos processos de trabalho presentes na Saúde da Família. Nesse contexto, o AMQ se configura como uma possibilidade para desenvolver habilidades na equipe de Saúde da Família capazes de transformar o seu processo de trabalho.

Muitas são as considerações existentes a respeito do ato de avaliar propriamente dito e de suas interações com a questão da qualidade dos serviços. Não é objetivo, nesse momento, detalhar mais profundamente esses aspectos, mas, devido à sua relevância, essa discussão foi pertinente, apesar de sucinta.

3. OBJETIVO

Sistematizar a experiência vivida no processo de autoavaliação realizado por uma equipe de Saúde da Família.

4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A AMQ é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a estratégia Saúde da Família (SF). Possui como eixos centrais: o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido, foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF, profissionais de nível superior da SF) (BRASIL, 2005).

Esses instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade. O gráfico a seguir mostra os estágios de incrementação da qualidade.

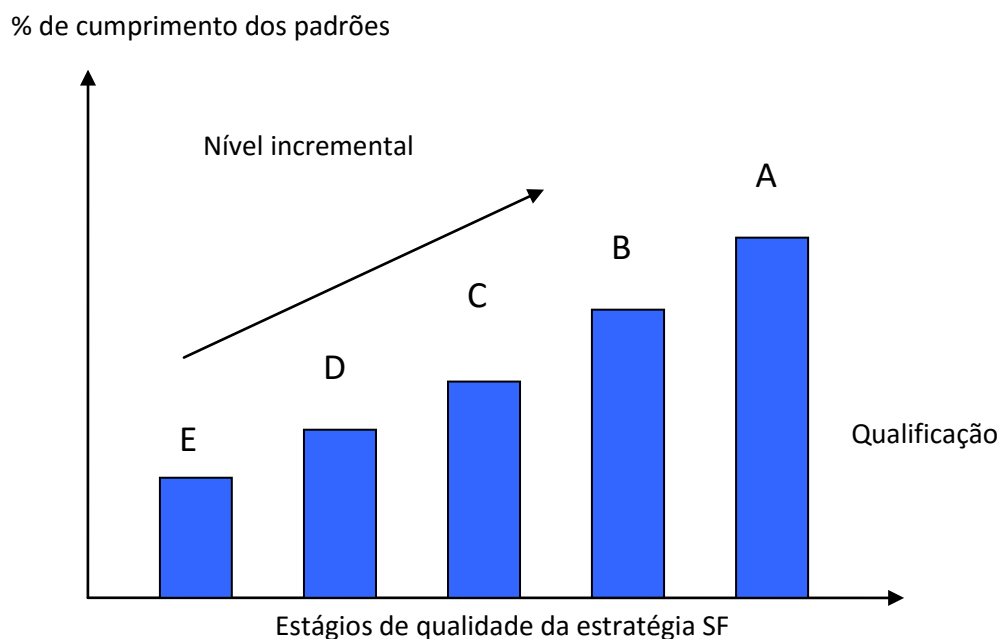


Gráfico 1 - Estágios de qualidade da estratégia Saúde da Família (Fonte AMQ, BRASIL, 2005).

Conforme apresentado no Gráfico, os padrões de desenvolvimento são definidos como: **E** – qualidade elementar, que abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da ESF; **D** – qualidade em desenvolvimento, que abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho; **C** – qualidade consolidada, que abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações; **B** – qualidade boa, que abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados; **A** – qualidade avançada, que se colocam como horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados (BRASIL, 2005, p. 19).

Essa metodologia possui algumas diretrizes para a sua implementação e algumas vantagens tais como: metodologia desenvolvida especificamente para a Saúde da Família, dirigida à gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade, instrumentos universais, passíveis de aplicação em todo o território nacional e facilidade de aplicação dos instrumentos de auto-avaliação.

Os principais beneficiários da AMQ são os próprios usuários do sistema de saúde, que são o foco da proposta. O alcance de níveis mais avançados de qualidade no desenvolvimento da estratégia Saúde da Família representa a melhoria do acesso aos serviços, maior resolubilidade e atenção humanizada, ao permitir que esses propósitos sejam perseguidos pelos gestores, profissionais e demais atores envolvidos na melhoria contínua da qualidade.

O caderno de autoavaliação nº 4, destinado à equipe de SF, contém 70 questões divididas nos seguintes temas: Consolidação do Modelo de Atenção (Organização do trabalho em Saúde da Família; Acolhimento, humanização e responsabilização; Promoção da Saúde e Participação Comunitária e Controle Social) e Vigilância à Saúde (Vigilância à Saúde I: ações gerais da ESF), onde a equipe responde “sim” ou “não” para cada padrão relacionado à ESF.

Em reunião, com a participação de toda a equipe, os membros devem refletir e responder a cada questão, o que permite uma autoavaliação do processo de trabalho e da efetividade das ações dessa equipe; permite mostrar o que essa

equipe faz (respostas “sim”) e também aponta o que a equipe deve fazer (respostas “não”).

Os momentos de reflexão, avaliação e discussão ocorreram em reuniões da equipe Zona Sul, em um período aproximado de seis meses. Como o próprio instrumento propõe, levantar quais são os padrões não atendidos é o primeiro passo para se planejar ações e definir metas capazes melhorar a qualidade do trabalho da equipe. Os resultados foram tabulados e lançados em quadros pré-estabelecidos pela AMQ e analisados

Foram utilizados os registros das reuniões de equipe e as impressões que esses momentos de discussão em grupo suscitaram na enfermeira-coordenadora. Embora a lógica positivista considere inadequado levar em consideração os aspectos subjetivos para análise, dentro da concepção da metodologia dialética esses mesmos aspectos são necessários e parte importante do processo de construção histórico-social, bem como dos resultados que a reflexão dessa experiência possa trazer.

5 RELATO DA EXPERIÊNCIA

O caderno avaliativo utilizado com a equipe é dividido em eixos temáticos, representados a seguir com as correspondentes respostas. O questionário na íntegra está em anexo (anexo 1).

No quadro 01 são apresentados os resultados relacionados à avaliação que a equipe fez sobre a organização de seu processo de trabalho.

Quadro 01- Padrões de qualidade, organização do trabalho em Saúde da Família

Consolidação do Modelo de Atenção			
Organização do Trabalho em SF			
	questão	sim (%)	não (%)
Qualidade Elementar	1	14	86
	2	14	8
	3	100	0
	4	0	100
Qualidade em Desenvolvimento	5	57	43
	6	100	0
	7	0	100
	8	86	14
	9	86	14
Qualidade Consolidada	10	71	29
	11	14	86
	12	71	29
	13	71	29
	14	100	0
	15	86	14
	16	43	57
Qualidade Boa	17	86	14
	18	43	57
	19	0	100

Qualidade Avançada	20	0	100
	21	29	72

Fonte: formulário de autoavaliação

Neste eixo, as questões com mais respostas negativas são as questões:

- 01: “O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente” (qualidade elementar);
- 04: “A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF” (qualidade elementar);
- 07: “A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes” (qualidade em desenvolvimento);
- 11: “O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área” (qualidade em consolidação);
- 19: “A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada” (qualidade boa);
- 20: “A ESF organiza “painel de situação” com mapas, dados e informações de saúde do território” (qualidade avançada);
- 21: “A ESF realiza a avaliação semestral dos resultados alcançados” (qualidade avançada).

Algumas atividades não realizadas são de qualidade elementar, o que mostra que a equipe deixa de cumprir atividades básicas relacionadas à organização de uma equipe de SF.

Quadro 02- Padrões de qualidade, Acolhimento, Humanização e Responsabilização

Consolidação do Modelo de Atenção			
Acolhimento, Humanização e Responsabilização.			
	questão	sim (%)	não (%)
Qualidade Elementar	22	100	0
	23	86	14

Qualidade em Desenvolvimento	24	14	86
	25	29	71
	26	0	100
Qualidade Consolidada	27	0	100
	28	86	14
	29	14	86
Qualidade Boa	30	29	71
	31	43	57
Qualidade Avançada	32	29	71
	33	0	100

Fonte: formulário de autoavaliação

O quadro 02 mostra atividades não realizadas nos padrões de qualidade boa e avançada. Chamam a atenção as questões 24, 26 e 27, pois dizem respeito ao acolhimento e responsabilização dos usuários, como descrito a seguir:

- 24: “Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço”;
- 26: “Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários”;
- 27: “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”.

Quadro 03 - Padrões de qualidade, Promoção da Saúde.

Consolidação do Modelo de Atenção			
Promoção da Saúde			
	questão	Sim (%)	Não (%)
Qualidade Elementar	34	14	86
Qualidade em Desenvolvimento	35	0	100
	36	0	100
	37	0	100
	38	57	43
	39	43	57
Qualidade Consolidada	40	14	86

	41	14	86
	42	29	71
	43	29	71
	44	0	100
	45	0	100
	46	14	86
	47	0	100
Qualidade Boa	48	0	100
	49	0	100
	50	0	100
	51	29	71
Qualidade Avançada	52	0	100
	53	0	100
	54	14	86

Fonte: formulário de autoavaliação

Esse quadro mostra o quanto a equipe não está habituada a praticar ações de promoção da saúde, já que a grande maioria das atividades propostas nesse eixo não são realizadas conforme a própria equipe. Destacam-se as questões 34, 38 e 39, atividades historicamente praticadas por equipes de UBS:

- 34: “São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local”;
- 38: “A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento”;
- 39: “A ESF realiza ações educativas e de convivência com os diabéticos em acompanhamento”.

Quadro 4 - Padrões de qualidade, Participação Comunitária e Controle Social.

Consolidação do Modelo de Atenção			
Participação Comunitária e Controle Social			
	Questão	Sim (%)	Não (%)
Qualidade em Desenvolvimento	55	0	100
Qualidade Consolidada	56	0	100
Qualidade Boa	57	0	100
Qualidade Avançada	58	0	100

Fonte: formulário de autoavaliação

Nenhuma das atividades desse eixo é realizada. De fato, existe uma dificuldade em montar um conselho de saúde local, pela falta de interesse da população e falta de estímulo por parte da equipe.

Quadro 5 - Padrões de qualidade, Vigilância à Saúde

Vigilância à Saúde			
Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF			
	Questão	Sim (%)	Não (%)
Qualidade Elementar	59	43	57
	60	86	14
	61	86	14
	62	86	14
Qualidade em Desenvolvimento	63	100	0%
	64	0	100
Qualidade Consolidada	65	57	43
	66	29	71
Qualidade Boa	67	71	29
	68	57	43
Qualidade Avançada	69	29	71
	70	0	100

Fonte: formulário de autoavaliação

As atividades não realizadas nesse eixo são:

- 59: “A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população”;
- 64: “A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária”;
- 66: “A ESF realiza ações para detecção de novos casos de hanseníase”;
- 70: “A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador”.

Pelas respostas da equipe percebe-se que os padrões “Promoção da Saúde” e “Participação Comunitária e Controle Social” foram os que apresentaram pior desempenho, ou seja, pior qualidade, onde quase todas as atividades sugeridas no instrumento não são praticadas pela equipe. Como exemplos de atividades não desenvolvidas destacam-se: “estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local”; “estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local” junto com a população; “ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos”; debate regular com a comunidade sobre “temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS”; reunião com a comunidade, trimestralmente, “para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados” (respectivamente as questões 34, 36, 43, 55 e 56).

Os demais padrões também apresentam um grande número de atividades não realizadas; o padrão “Organização do Trabalho em Saúde da Família” foi o que apresentou maior variedade de respostas, talvez um reflexo de um processo de trabalho mal definido e em fase de construção.

Ainda de acordo como o protocolo da AMQ, em suas reuniões semanais a equipe deveria discutir os resultados, definir o diagnóstico e estabelecer prioridades. Mesmo sendo um processo ainda não finalizado, alguns pontos-chave foram levantados pela equipe para que o diagnóstico da unidade fosse esboçado:

1. Pontos fortes

- 1.1. Condições sanitárias adequadas, já que todas as casas têm rede de água e esgoto, são de alvenaria, as ruas são asfaltadas e o lixo é recolhido;
- 1.2. Bons indicadores de saúde;

- 1.3. Baixa incidência de agravos como AVC (Acidente Vascular Cerebral) e IAM (Infarto Agudo do Miocárdio);
- 1.4. Rede de apoio bem articulada com a unidade (CRAS e Centro Esportivo);
- 1.5. Mudanças no processo de trabalho e utilização da Educação Permanente para mudar práticas e olhares sobre a comunidade, como maior envolvimento da equipe nos problemas da população.

2. Pontos fracos

- 2.1. A equipe ainda não atua dentro dos princípios do SUS em sua totalidade, não funciona de acordo com os objetivos da estratégia Saúde da Família. Exemplo disso é a falta de Participação Popular conforme o questionário aponta.
- 2.2. Não são desenvolvidas atividades de Promoção à Saúde, em sua maioria. Durante a aplicação do questionário as questões desse eixo chegaram a causar estranhamento em alguns membros da equipe, por não reconhecerem essas atividades como próprias da equipe de Saúde da Família.
- 2.3. A equipe precisa trabalhar as ações voltadas para o Acolhimento, Humanização e Responsabilização, fundamentais para o sucesso da Estratégia de Saúde da Família.

Para elaborar a proposta de intervenção sugerida pela AMQ para melhorar a qualidade do trabalho, a equipe priorizou três padrões de qualidade elementar e um padrão em desenvolvimento nos quais a equipe teve os piores resultados de qualidade. Dessa forma, ficou estabelecido que nos próximos seis meses a equipe deveria:

1. atualizar, mensalmente, o cadastramento das famílias de sua área de abrangência ;
2. desenvolver estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local.

3. desenvolver ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população de sua área de abrangência.
4. debater, regularmente, com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS. (este último, padrão de qualidade em desenvolvimento).

Os padrões foram selecionados mas não foram discutidos, por motivos de organização interna e mudanças de membros da equipe, mudanças na secretaria de saúde - mudança de secretário -, na coordenação central e até a construção de um novo prédio para a unidade de saúde. As propostas de intervenção não chegaram a ser detalhadas e, conseqüentemente, não foi possível avaliar o cumprimento da meta de seis meses.

Mesmo assim, a experiência piloto gerou bons resultados. Dois anos após a equipe ter vivenciado essa primeira experiência, a aplicação da AMQ foi novamente realizada, em um contexto diferente do anterior, com equipe deferente e desenvolvendo um processo de trabalho também diferente, ainda em processo de análise.

Os frutos colhidos desse esforço foram a inclusão da AMQ na segunda fase do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), a minha participação e da coordenadora de Atenção Básica em um curso a distância sobre a implantação da AMQ nos municípios (curso oferecido em parceria com o Ministério da Saúde) e a participação em um simpósio a respeito da AMQ em grandes centros urbanos em Brasília, no Ministério da Saúde, todos em 2010. Finalmente, quase dois anos após a iniciativa piloto, em abril de 2011 o município aderiu formalmente à AMQ e quatro, das oito equipes de Saúde da Família existentes, além do secretário de saúde e da coordenação de Atenção Básica já responderam seus respectivos questionários.

A discussão a respeito da proposta do AMQ e a conseqüente reflexão gerada pelo processo de autoavaliação da equipe foram capazes de transformar o seu processo de trabalho, uma vez que realmente permitiu uma gestão compartilhada e um maior envolvimento dos seus integrantes no processo de se apropriar do território de atuação, identificando os problemas, potencialidades e pontos fortes do trabalho da equipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se a importância da avaliação dos serviços de saúde, e também é salutar ouvir os trabalhadores. Uma ferramenta de autoavaliação permite analisar o serviço e também conhecer os pontos fortes e os pontos a serem melhorados a partir da perspectiva dos membros da equipe. A experiência com a autoavaliação mostrou que essa reflexão a respeito do próprio cotidiano torna mais fácil a discussão sobre mudanças no processo de trabalho e o planejamento de intervenções.

Ainda que as experiências de autoavaliação sejam incipientes, por falta de uma cultura institucional e mesmo dos próprios profissionais de saúde, fazer uma autoavaliação permite elaborar um programa de melhoria da qualidade do serviço prestado. Ao aplicar o questionário junto à equipe, foi como se todos se “enxergassem diante de um espelho” e percebessem o que precisava ser melhorado, quando e como.

O Ministério da Saúde ofertou aos municípios as ferramentas para que os profissionais da atenção básica realizem a autoavaliação do serviço a partir de instrumentos autoexplicativos e de preenchimento individual, com adesão voluntária dos municípios. Pensando na melhoria dos serviços e no atendimento a população, cabe aos municípios, e principalmente às equipes, incorporarem a autoavaliação como busca contínua da qualidade, a partir da análise e reflexão sobre o seu processo de trabalho.

Não resta dúvida que será um trabalho árduo de conscientização dos trabalhadores nesse aprendizado de fazer autoavaliação e buscar mecanismos para fazer as mudanças necessárias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P., *et al.* Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2009, set/out; v.62, n.5, p. 748-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

D'AVILA, *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 3: 577-606, 2006.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa – Polêmicas do nosso tempo**. 9. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M. A. C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. *In*: EGRY, E. Y. (org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica**. São Paulo: Dedone, 2008.

FARIA, H. P, de.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. dos.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO RIO DE JANEIRO - FIRJAN. **Índice Firjan de desenvolvimento municipal**. Disponível em <<http://ifdm.firjan.org.br>> Acesso em 10 out. 2009.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MALIK, A. M; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/09.htm>. Acesso em 16 jul. 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço de saúde, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Anexo 1 – Questionário de autoavaliação: equipes

Documento Técnico



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 microáreas. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados.			

Q Consolidada

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

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

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

4.13	C	A ESF registra e monitora as solicitações de exames 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.			

Documento Técnico

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)
<p>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.</p>			

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

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)
<p>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.</p>			

4.25	D	Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados.	(S) (N)
<p>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.</p>			

4.26	D	Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários.	(S) (N)
<p>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.</p>			

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)
<p>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.</p>			

Documento Técnico

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 uma, 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)
O padrão refere-se à equipe conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável.			

Q Desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

**Q Boa**

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

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

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

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

Q Avançada

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

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

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

Documento Técnico

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 rotacionada entre os integrantes da equipe ou de membros formalmente eleitos, com direito a assento/voto.			

Q Avançada

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

Vigilância à Saúde

Vigilância à Saúde I : Ações Gerais da ESF

Q Elementar

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



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

4.61	E	Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de <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).			

Documento Técnico

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

Anexo 2 – Matriz de intervenção

Matriz de intervenção

IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO			DESCRIÇÃO DO PADRÃO	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	OBSERVAÇÕES

SITUAÇÃO			DESCRIÇÃO DO RESULTADO ALCANÇADO APÓS PRAZO PREVISTO PARA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO
NI	AND	CONC	

LEGENDA: **NI** - NÃO INICIADA; **AND** - EM ANDAMENTO; **CONC** - CONCLUÍDA.

