

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA: GESTÃO DE
TECNOLOGIAS EM SAÚDE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.

**Alexandre Medeiros de Figueiredo
Orientador: Prof. Ricardo Kuchenbecker.
Co-orientador: Prof. Erno Harzheim
Porto Alegre, 2011.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA: GESTÃO DE
TECNOLOGIAS EM SAÚDE



Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Orientador: Prof. Ricardo Kuchenbecker.

Co-orientador: Prof. Erno Harzheim

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre
Rio Grande do Sul – Brasil

2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, UFRGS/PPGEpi

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda, UFRGS

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa - UFRGS

Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker, UFRGS/PPGEpi (orientador)

Prof. Dr. Prof. Erno Harzheim

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Laércio Marinho de Figueiredo e Elma Medeiros de Figueiredo pelo amor, atenção e ensinamentos dedicados ao longo de toda vida.

Aos meus irmãos, pela nossa bela amizade.

A Minha esposa Daniela Cristina Moreira Medeiros de Figueiredo, por dividir comigo momentos de felicidade e por sua capacidade de compreender os momentos de ausência.

A minha filha Letícia Moreira Medeiros de Figueiredo, pelo seu sorriso, seus abraços e pelas vezes que me chamou para brincar ao longo desta caminhada e a Marina Moreira Medeiros de Figueiredo, a mais nova integrante desta fascinante jornada do viver

Aos meus amigos, meus irmãos da vida, Alexandre José de Melo Neto, Diogo Luís Scalco, Felipe Proença de Oliveira, João Batista Cavalcanti Filho e Luciano Bezerra Gomes, pelo apoio e especialmente por partilharem o sonho de construção de um mundo melhor.

A todos que me ajudaram a encontrar a Atenção Primária, espaço de luta pelo mundo que desejo, em especial aos amigos que fizeram e fazem parte do projeto Maria de Nazaré e da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (Vila Dique).

A todos os meus amigos do mestrado, especialmente a Inês Kultchek Marty que foi essencial na elaboração desta dissertação.

À vida, pela sua generosidade e por ter propiciado tantos encontros que me tornam uma pessoa feliz.

AGRADECIMENTOS

A todos que fazem a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo belo trabalho na construção de uma saúde de qualidade.

A todos os colegas do Ministério da Saúde – Departamento Atenção Básica, pela presteza em ceder o banco de dados do AMQ.

A Eliane Regina Vieira Chomatas pelo trabalho à frente da Secretaria Municipal de Curitiba e sua generosidade ao ceder os dados de sua pesquisa.

Aos docentes e discentes da Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba pelo apoio nesta jornada.

Aos professores do mestrado profissional, por todos os saberes compartilhados.

A Álvaro Vigo e Lisiane Hauser, pela presteza em organizar os bancos de dados e realizar as análises estatísticas necessárias.

Aos meus orientadores, Ricardo Kuchenbecker e Erno Harzheim, pela paciência, versatilidade e dedicação durante toda a elaboração desta dissertação

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	7
RESUMO	10
ABSTRACT	11
1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO	15
3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	16
3.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA	19
3.4. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	20
3.5. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA APS.	22
3.6. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS NO BRASIL.....	25
4. OBJETIVOS	38
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
6. ARTIGO	45
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
8. ANEXOS	72

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APCSS	Appropriateness of Primary Care Services Scales
APS	Atenção Primária à saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPCI	The Components of Primary Care Instrument
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária
IOM	Institute of Medicine
IRA	Infecção Respiratória Alta
MCQ	Melhoria Continua da Qualidade

MHFS	The Medical Home Family Survey
MHI	The Medical Home Index Adult Version 1.1
MHIQ	The Medical Home IQ
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileir
MS	Ministério da Saúde
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P3C	The Parents' perception of Primary Care
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAS	The Primary Care Assessment Survey
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCPC	Primary Care Policy Center
PEC	Planos de Expansão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPC–PCMH	The Physicians Practice Connections–Patient-Centered Medical Home
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SC	Setor Censitário
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISS	Sistema Integrado de Serviço de Saúde

SMS	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de saúde

RESUMO

Apesar dos avanços, a Atenção Primária no Brasil ainda apresenta desafios para sua consolidação, justificando o esforço de diversas instituições no desenvolvimento de instrumentos de avaliação que possibilitem balizar as mudanças necessárias. Este estudo visa analisar o grau de concordância entre o Primary Care Assessment Tool (PCATool), validado internacionalmente, e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil e já utilizado por mais de 2000 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na análise realizada através do método de Bland-Altman observou-se que houve concordância ($P > 0,05$) para os atributos integralidade ($P = 0,1898$) e orientação familiar ($P = 0,0840$) o que não ocorreu nos atributos acesso ($P = 0,0000$), longitudinalidade ($P = 0,0002$), coordenação do cuidado ($P = 0,0000$) e orientação comunitária ($P = 0,0004$), sugerindo que os instrumentos não são concordantes. Considerando os estudos publicados avaliando o PCATool em nosso meio, a ausência de estudos de validação do AMQ e a baixa concordância entre ambos, sugere-se que o PCATool seja utilizado como ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS, bem como, a realização de estudos destinados à validação do AMQ.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso e Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Despite advances, the Primary Care in Brazil still presents challenges for its consolidation, justifying the effort of several institutions in the development of assessment tools that allow delimit the necessary changes. This study aims to assess the degree of agreement between the Primary Care Assessment Tool (PCATool), internationally validated, and Evaluation for Quality Improvement Strategy for Family Health (AMQ), developed by the Brazilian Ministry of Health and already used by more than 2000 Family Health Strategy teams (FHS). In the analysis performed by Bland-Altman analysis showed that there was agreement ($P > 0.05$) for the attributes of Comprehensiveness ($P = 0.1898$) and Family-Centeredness ($P = 0.0840$) which did not occur in attributes First Contact ($P = 0.0000$), Continuous care ($P = 0.0002$), coordination of care ($P = 0.0000$) and community orientation ($P = 0.0004$), suggesting that the instruments are not equivalent. Considering the published studies evaluating the PCATool in our midst, the lack of validation studies AMQ and low correlation between both, it is suggested that the PCATool be used as a preferred tool in assessing the quality of health care, as well as for studies for the validation of the AMQ.

Keywords: Health Evaluation; Health Services Evaluation; Primary Health Care; Quality Assurance, Health Care.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná”, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho consta das seguintes partes:

- Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
- Artigo(s)
- Conclusões e Considerações Finais.
- Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Ao longo do século passado, muitas mudanças ocorreram no setor saúde. Houve um grande avanço tecnológico e, conseqüentemente, melhorias importantes nos indicadores de saúde. Entretanto, tais conquistas não foram extensivas a uma grande parcela da população mundial, resultando em considerável iniquidade. A fim de minorar tal situação, em 1977, os membros participantes da trigésima Assembléia Mundial de Saúde decidiram, unanimemente, que a principal meta social dos seus governos deveria ser a garantia da universalização de um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. Dentre as principais estratégias para atingir tal objetivo estava o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), o que desencadeou ou fortaleceu em alguns países movimentos de luta e reformas de sistemas de saúde (OMS, 1978; Conill, 2008). Muitos destes movimentos lograram êxito e, apesar de certo arrefecimento, a Atenção Primária vem, desde a década de noventa, revigorando-se na Europa e nas Américas (Conill, 2008; OPAS, OMS, 2005).

No Brasil, nos anos 1970, surgiram iniciativas que buscavam a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, tais como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e experiências municipais em Montes Claros, Lages, Campinas, Londrina e Niterói (Conill, 2008). Apesar de avanços e de certo grau de influência destas experiências e dos preceitos de Alma Ata no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a discussão sobre uma política nacional para a Atenção Primária tornou-se secundária, naufragando diante de desacordos culturais, epistemológicos e políticos (Campos, 2008; Sampaio, 2008). Apenas a partir de 1994, com a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF), a APS volta a ser pautada nacionalmente. Ao longo dos últimos anos, o PSF e posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF), representam o modelo de reorientação da Atenção Primária, apresentando um aumento significativo na cobertura e financiamento das ações da atenção básica. Esta ampliação trouxe a redução de desfechos significativos como mortalidade infantil e Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAP), comprovando sua efetividade

(Aquino; Oliveira; Barreto, 2009; Brasil, 2008; Guanais; Macinko 2009; Macinko et al, 2006, 2007; Mendonça, 2009;).

Apesar dos avanços, esta expansão em larga escala ainda apresenta limitações como falta de profissionais, infra-estrutura deficiente, processos de trabalhos inadequados à prática da APS e falta de integração com os demais pontos do sistema de saúde. Acrescentando-se a este fato, ainda persiste uma grande heterogeneidade em sua implantação e questionamentos sobre qual seria o modelo mais adequado à realidade brasileira (Campos, 2008). Este contexto remete à necessidade de reflexão sobre a implantação da Atenção Primária no Brasil, tornando relevantes processos de avaliação destes serviços, como forma de gerar subsídios para a tomada de decisão por parte dos gestores, trabalhadores e instâncias do controle social. Nesta perspectiva, faz-se mister desenvolver e validar tecnologias capazes de avaliar nacionalmente os serviços de atenção primária. Especialmente, mensurar os atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield, já que sua existência e extensão associam-se aos melhores desfechos. Assim, este estudo avalia a concordância entre o PCATool, instrumento validado nacional e internacionalmente, e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), instituído nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS), agregando assim maior confiabilidade ao seus achados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão da literatura levantou informações que fundamentam a análise e interpretação de resultados sobre a avaliação de serviços da Atenção Primária à Saúde. Esta é uma revisão não sistemática, que utilizou inicialmente referenciais do Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina UFRGS e de documentos institucionais do Ministério da Saúde referentes à Atenção Básica e sua avaliação.

Associado a esta estratégia, foi realizada pesquisa através do portal do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Panamericana de Saúde até 03 de junho de 2010 com os termos “avaliação” e

“serviços”, utilizando-se o assunto “Atenção Primária à Saúde” como limite. Assim, identificou-se 1967 artigos publicados entre 1974 e 2010, dos quais 77 artigos apresentavam enfoque na avaliação de serviços de Atenção Primária, sendo selecionados para leitura integral. Acrescentou-se a esta busca, pesquisa no portal supracitado com os descritores DECS “História” e “Atenção Primária”, obtendo-se 122 artigos e escolhendo-se os sete que apresentavam revisões sobre a história da APS, em um contexto nacional, para avaliação do texto na íntegra.

3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO

Em 1920, após a primeira guerra mundial, Lord Dawson de Penn depara-se com a missão de elaborar uma proposta de provisão de novos serviços médicos do Seguro Nacional de Saúde inglês. Diante deste desafio, apresentou em seu relatório a necessidade de estruturação de uma rede de serviços de saúde com acesso universal e que contemplasse ações preventivas e curativas. Esta rede atuaria de forma hierarquizada em três níveis de atenção: Centros de Saúde Primários, atuando a nível distrital com médicos generalistas, os Centros de Saúde Secundários e os Hospitais Escolas (BMJ, 1920; Starfield p. 30, 2002).

Na década de 70, a OMS e outros organismos internacionais vêm na APS uma estratégia essencial ao desenvolvimento de Sistemas de Saúde capaz de garantir o nível mínimo de saúde a todos os cidadãos do mundo, proposto na trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde. Neste momento, desencadeia-se uma agenda de transformações na busca do redirecionamento dos sistemas de saúde, visando à garantia do acesso universal e o fortalecimento da APS. A conferência de Alma Ata torna-se um marco deste movimento e tem como um de seus resultados a elaboração do conceito de APS que deveria nortear essas mudanças:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual

constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978)

As recomendações advindas da OMS enfatizavam o papel da APS como um nível de atenção que deveria ser central e estruturante dos sistemas de saúde. Na prática, o compromisso e compreensão dos governos dos diversos países em torno destas propostas foram heterogêneos, o que gerou resultados diversos. Alguns países caminharam numa perspectiva mais ampliada, e existem evidências que obtiveram melhores resultados em saúde e uma melhor relação custo-benefício, outros aderiram a propostas de APS baseados em um pacote de intervenções de baixo-custo, a APS seletiva sem o mesmo êxito (Cueto, 2004; Ribeiro, 2007; Starfield, 2002).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

No Brasil, as práticas de saúde pública em grande escala, iniciam-se através de campanhas para agravos específicos por instituições centralizadas de polícia sanitária, atuando de forma coercitiva, verticalizada e voltada quase que exclusivamente para os problemas coletivos. Apenas na década de 1920, tem-se uma proposta de criação de serviços de saúde básicos permanentes através do movimento médico-sanitário que propôs a implantação de Centros de Saúde inspirados no modelo americano dos “Health Centers”. Estes Centros de Saúde tinham como concepção atuar numa lógica de integração de ações de combate a vários agravos, contemplando ações coletivas e de prevenção de agravos individuais para grupos específicos. Entretanto, esta proposta fracassa e não se torna hegemônica, tanto pela manutenção de resquícios do “modelo campanhista”, quanto pelo surgimento do modelo “médico-previdenciário” que garantia aos seus segurados atendimento médico individual (Ribeiro, 2007).

Apenas a partir da crise econômica e previdenciária e do enfraquecimento do governo militar, foi possível discutir a ampliação da cobertura através da formação de uma rede de serviços básicos. Neste contexto, criaram-se os Planos de Expansão de Cobertura (PEC), como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e experiências municipalistas que utilizavam a APS como uma estratégia alternativa ao modelo previdenciário em decadência (Ribeiro, 2007, Conill, 2008). Há uma expansão da rede pública ambulatorial e a disseminação do ideário de Alma Ata. A VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, refletiu a repercussão destes fatos e teve como tema central a “Expansão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Ainda na forma de uma APS seletiva, buscava-se a criação de uma rede regionalizada e integrada ao nível secundário e terciário. Apesar do destaque na VII conferência, a agenda de construção de uma política nacional para o nível primário durante os anos oitenta não se tornou prioridade e sofreu com divergências conceituais e ideológicas (Brasil, 1986; Campos, 2008; Cavalcante et al, 2006; Ribeiro, 2007; Sampaio, 2008).

Nos anos noventa, a necessidade de reforma dos sistemas de saúde no mundo e as evidências de efetividade da APS, apontadas por Starfield, reacenderam o debate sobre a APS. Em 1994, após bons resultados obtidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no interior do Nordeste, lançou-se o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de reorientar a Atenção Básica no país (Brasil, 2001; Conill, 2002; Simão, Albuquerque, Erdmann, 2007). O PSF, inicialmente, preconizava a formação de equipes multidisciplinares, compostas por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Tinha como fundamentos os princípios do SUS e responsabilizava-se pela realização de ações preventivas, curativas e de reabilitação para uma população adscrita a um território de sua responsabilidade. Desta maneira, buscava compreender e intervir no processo saúde-doença para além das práticas de cunho biologicista (Brasil 1999, 2001). A implantação do programa gerou desconfiança inicial de setores significativos da saúde pública brasileira que se opunham a este processo, por recolhê-lo como uma proposta de APS seletiva de influência neoliberal (Conill, 2008). Apesar do dissenso e da troca da gestão federal, houve uma expansão paulatina do programa, inclusive com incentivos para aumento de cobertura nos

grandes centros, através do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e da incorporação da equipe de saúde bucal (Simão, Albuquerque, Erdmann, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional da Atenção Básica e converte o PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF), afirmando o compromisso com uma APS abrangente que está assim definida:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (Brasil, 2006).

Assim, após mais de 15 anos de história, a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcança marcas significativas com cobertura de mais da metade da população brasileira e a melhoria dos indicadores de saúde (Aquino, 2009; Guanais, 2009; Macinko, 2006; Macinko, 2007; Mendonça, 2009; Brasil, 2006).

Entretanto, esta estratégia apresenta desafios para a sua consolidação como problemas de infra-estrutura, déficit de profissionais qualificados em quantidade suficiente e uma cultura de fragmentação do cuidado, que não responde a tripla carga de doenças representada pela: persistência de problemas infecciosos endêmicos, pelo impacto dos agravos relacionados às causas externas e pelo avanço dos agravos crônicos e degenerativos. Nesta perspectiva, torna-se necessário uma Atenção Primária fortalecida e que possa atuar na coordenação de uma rede de cuidado integral que atue através de modelos de atenção à saúde para condições agudas e crônicas (Mendes; 2010).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA

O início das ações de saúde do município de Curitiba remonta aos anos sessenta com a inauguração das primeiras Unidades Sanitárias. Com o passar dos anos, esta rede de serviços básicos amplia-se lentamente para responder as demandas sociais crescentes, através dos Núcleos Comunitários que contavam ainda com escolas e centros sociais. No fim da década de 1970, inspiradas por experiências em outros municípios brasileiros e pelos preceitos de Alma Ata, definiram-se as bases do primeiro projeto para uma rede de atenção primária, contemplando questões como: democratização da atenção médica, extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; medicina integral; participação comunitária e a criação de equipes multidisciplinares (Ducci, 2001 APUD Chomatas, 2009; Ribeiro, 2004).

Em 1986, é criada a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), fortalecendo a capacidade gestora do município que mantêm os princípios elencados anteriormente. No mesmo ano o município adere as Ações Integradas de Saúde (AIS) o que possibilita maior investimento na rede que está em fase de expansão. Em 1991, refletindo os movimentos nacionais de construção do novo Sistema de Saúde, realiza a primeira Conferência Municipal onde discute as diretrizes da Política Municipal de Saúde: a regionalização e a hierarquização das ações de saúde, territorialização, responsabilização sanitária e vigilância da saúde. Inicia-se o processo de distritalização e se reforça o papel da Atenção Primária como porta de entrada do Sistema. Neste momento, surgem no município as primeiras experiências de APS com médicos generalistas, utilizando os referenciais teóricos da Medicina Comunitária (Ribeiro, Chomatas, Neto, 2004).

Em 1996, Curitiba aderiu ao Programa Saúde da Família e expande o modelo com médicos generalistas, sem negligenciar o modelo que perdurava desde o início da construção de sua rede de atenção básica com médicos das especialidades básicas. Estes novos serviços expandem-se, preferencialmente, para áreas de maior vulnerabilidade, atendendo às necessidades sociais. Paulatinamente, adere-se a uma série de iniciativas de fortalecimento da APS vinculadas ao Ministério da Saúde sem perder a coerência com processo construído historicamente e as inovações locais (Ducci, 2001 APUD Chomatas, 2009; Ribeiro, 2004).

Em 1998, a SMS inicia o uso de um sistema informatizado, visando à integração de toda rede própria, propiciando uma melhoria quantitativa e qualitativa da informação sobre o usuário, possibilitando avanços na longitudinalidade e coordenação do cuidado. Nesta perspectiva, vislumbra-se a ruptura da fragmentação do sistema de saúde o que se concretiza através do plano municipal de saúde na proposta do Sistema Integrado de Serviço de Saúde (SISS) em 2001. Buscando o fortalecimento da gestão local dos serviços da Atenção Básica do município são implantados os contratos de gestão com os Distritos Sanitários (DS) e Unidades de Saúde, nos quais são pactuados metas de indicadores da Atenção Primária. Esboça-se, desta maneira, o compromisso para implantar um sistema inovador de monitoramento e avaliação que tem como objetivo a reorientação do planejamento local das equipes (OPAS; 2004). Reforçando a busca da excelência em APS, em 2005, torna-se um dos municípios pilotos na implantação da Avaliação pela Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, aplicando-o, desde então, na maioria de suas equipes da ESF (Ribeiro, Chomatas, Neto, 2004).

Atualmente, possui 53 Unidades Básicas com equipes da ESF, com cobertura de 32% da população municipal, 51 Unidades Básicas atuando no modelo tradicional e 29 equipes de Núcleos de Apoio a Atenção Primária a Saúde. Em todas as unidades existem áreas de abrangência definidas territorialmente, cobertas por agentes comunitários de saúde, garantindo a realização de ações de vigilância em saúde e a existência de unidades de referência para todos os municípios (Chomatas, 2009, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2009). Evidencia-se, portanto, um longo histórico de fortalecimento da APS como eixo norteador do sistema de saúde e de iniciativas de avaliação e controle de suas ações o que se traduz em bons indicadores de saúde e torna o município de Curitiba uma referência nacional.

3.4 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A capacidade de tomar decisões é uma característica humana essencial para a existência e tem como subsídio a avaliação das opções existentes. Existe, segundo Deming, um ciclo – planejar, executar, avaliar, agir no qual a avaliação tem um papel

norteador na reconstrução do conhecimento (Deming, 1989 APUD Contadriopoulos, 2006). Nesta perspectiva, há uma necessidade premente de avaliação do cuidado em saúde, visando à provisão das melhores alternativas possíveis para cada contexto histórico.

O surgimento de novas tecnologias em saúde e a diversidade dos modelos assistenciais tornou imperativa a discussão sobre a qualidade dos cuidados médicos e dos serviços de saúde, bem como sobre a melhor forma de avaliá-los. Acrescenta-se a este panorama a busca de formas de aperfeiçoar a alocação de recursos para tornar os sistemas de saúde mais eficientes, a partir da crise dos sistemas de saúde na década de 1980 (Contadriopoulos, 2006; Donabedian, 2005; Viacava et al, 2004;).

Apesar de ser imprescindível, existem grandes desafios para efetuar a avaliação de serviços de saúde. Destacam-se as divergências ideológicas e subjetividade dos diversos atores envolvidos, a dificuldade de estabelecer parâmetros de qualidade em saúde, de definir quais são os elementos do cuidado que devem ser aferidos, métodos e fontes de dados adequados (Donabedian, 2005; Viacava et al, 2004; Uchimura, Bosi, 2002). Vale salientar que a pesquisa de avaliação de serviços de saúde possui peculiaridades metodológicas adicionais. Em geral, o impacto de suas ações tem mensuração difícil, pois a longa cadeia causal que caracteriza os processos coletivos e a influência dos determinantes sociais e do padrão de uso dos serviços dificulta a comprovação da associação entre as ações executadas por estes e os desfechos avaliados (Santos, Victora 2004). Fundamentalmente, o desafio posto é desenvolver sistemas de avaliação factíveis para medir o desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade e de que suas aferições sejam promotoras das melhorias dos serviços. (Viacava et al, 2004). Diante da complexidade do tema, existem diversas formulações para a avaliação de serviços e sistemas de saúde tanto na perspectiva dos gestores e profissionais quanto na perspectiva dos usuários. (Brasil, 2005; Donabedian, 2005; Habicht, Victora, Vaughan, 1998; Harzheim et al, 2006; Passarin et al, 2007; Starfield, Shi, 2009; Thom et al, 2004).

Donabedian, um dos principais referenciais nesta temática, propôs um modelo de avaliação multidimensional com a categorização dos componentes em três aspectos: a estrutura, o processo e os resultados, correspondendo às noções da Teoria Geral de Sistemas: estrutura, processos e resultados (“input-process-output”).

Definiu como estrutura os elementos que caracterizam a capacidade de oferta, ou seja, os recursos que são empregados na atenção como: a organização administrativa da atenção à saúde, as instalações, insumos, equipamentos, financiamento, perfil, experiência e qualificação da equipe. A avaliação do processo baseia-se nas atividades realizadas para efetivação do cuidado, contemplando tanto o cuidado ofertado quanto o modo como este é percebido pelo usuário. Assim, mensura as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. Basicamente, utiliza-se da observação direta da prática ou dos registros médicos. Por fim, tem-se a avaliação dos resultados que se compõe da mensuração do efeito do cuidado sobre o estado de saúde da população, inclusive mudanças no comportamento, medidas de capacidade física e mental e satisfação do usuário (Donabedian, 2005; Reis et al, 1990)

3.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS NO CONTEXTO DA APS.

As reformas nos Sistemas de Saúde do final do século passado retomaram o debate sobre a atenção primária e, neste contexto, buscaram-se formas de avaliar sua qualidade, extensão e efetividade. A partir de meados da década de noventa, inicia-se o desenvolvimento de uma série de instrumentos para a avaliação da APS. Nesta perspectiva, surgem diversas estratégias tanto do ponto de vista da experiência dos usuários quanto na análise da provisão do cuidado pelos serviços de APS, tais como: the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), The Components of Primary Care Instrument (CPCI), The Medical Home Family Survey (MHFS), The Medical Home Index Adult Version 1.1 (MHI), The Medical Home IQ (MHIQ), The Parents' perception of Primary Care (P3C), The Physicians Practice Connections–Patient-Centered Medical Home (PPC–PCMH), The Primary Care Assessment Survey (PCAS), The Appropriateness of Primary Care Services Scales (APCSS) e The Primary Care Assessment Tools (PCAT) (Malouins, Starfield, Sepulveda, 2009; Thom et al, 2004). No Quadro 1 observa-se uma descrição sucinta destes instrumentos.

Quadro 1 –Instrumentos de Avaliação da APS publicados na literatura internacional.

Instrumento	Referência	Objetivo
APCSS	Thom et al, 2004	Avaliar a adequação de três aspectos-chave no contexto da APS através da análise de registros médicos: novas prescrições, testes diagnósticos e o encaminhamento para outros níveis de atenção.
CAHPS	Solomon, 2005	Avaliar a experiência do usuário relacionado a várias dimensões do cuidado
CPCI	Flocke, 1997	Avaliação dos atributos da APS
MHFS	Universidade de Illinois , 2008	Mensurar a oferta de cuidados primários para crianças e adolescentes, incluindo usuários com necessidades especiais
MHI	Cooley, 2008	Definir indicadores que traduzam comportamentos e processos passíveis de avaliação em serviços de saúde
MHIQ	Skoch, 2008	Avaliar a prática do modelo de cuidados continuados.
P3C	Seid, 2001	Desenvolver instrumento que avalie a percepção dos pais sobre o cuidado prestado em serviços de pediatria
PPC-PCMH	NCQA, 2008	Avaliar serviços quanto a sua capacidade de ser paciente centrado.
PCAS	Safran, 1998	Analisar a performace de um instrumento de avaliação da APS, baseado em definições do Institute of Medicine
PCAT	Shi, 2001	Avaliar a presença de atributos da APS

Dentre esses constructos, destaca-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool), que em revisão sistemática recente, apresentou-se como o único instrumento que obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (Malouin, Starfield, Sepulveda, 2009). Esta ferramenta apresenta vários formatos, podendo avaliar a percepção de usuários e da provisão de cuidados pelos serviços de APS, sendo todos balizados pelos atributos essenciais e derivados sistematizados por Starfield (Harzheim et al, 2010; Starfield, Shi, 2009):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde – definido como o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. Entende-se que o profissional/serviço é a porta de entrada no sistema de saúde, exceto para os casos de emergências, resolvendo o problema ou servindo como facilitador no direcionamento do paciente para outros níveis de atenção.
- Longitudinalidade - compreendida como uma fonte continuada de cuidado que deve ser utilizada ao longo do tempo, mesmo na ausência de doença. Este uso regular deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança recíproca entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade – refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Incluem-se aqui as ações que não estão disponíveis nos serviços de APS e requerem encaminhamento a outros níveis de atenção.
- Coordenação – corresponde à capacidade de integrar o cuidado ofertado nos diversos pontos do sistema de saúde, permitindo o reconhecimento de problemas abordados e ações realizadas em outros serviços, seja por meio do atendimento pelo mesmo profissional ou de sistemas de informação, possibilitando o cuidado integral.
- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) – refere-se ao reconhecimento de que o contexto familiar interfere no processo saúde doença e que o adoecer tem conseqüências sobre o arranjo familiar. Baliza-se também pelo direito de participação e responsabilidade da família nos cuidados a seus membros. Inclui-se o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: capacidade de reconhecer as necessidades em saúde da comunidade, através do contato direto com a população e de dados epidemiológicos, bem como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência Cultural – capacidade dos profissionais de reconhecer, compreender e respeitar as características culturais da população, bem como sua influência na saúde, acrescidas da habilidade de comunicar-se adequadamente, gerando ações e comportamentos de manutenção e promoção da saúde.

Seguindo os pressupostos de Donabedian, os instrumentos do PCATool consideram elementos de estrutura e processo, sendo cada um dos atributos da APS avaliados em ambas dimensões. Os elementos de estrutura aferidos incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Já os elementos de processo incluem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (Harzheim et al, 2010; Starfield, Shi, 2009). Gera-se, a partir desta análise, um conjunto de escores de cada atributo que são consolidados em um escore global, caracterizando o grau de orientação do serviço para APS. Estas ferramentas foram validadas e demonstraram sua capacidade de avaliar a qualidade do cuidado na APS oferecidos por serviços e sistemas de saúde em diversos contextos culturais (Shi et al, 2001, Passarin, 2007; Starfield, Shi, 2009).

3.6 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DA APS NO BRASIL

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, de forma mais sistemática, estratégias para avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições de ensino e pesquisa. Neste ínterim várias pesquisas com metodologias distintas foram realizadas, como visto no Quadro 02 (Almeida, Macinko, 2006; Aquino et al, 2009; Azevedo, 2007; Cavalcante et al, 2006; Chomatas, 2009; Conill, 2002; Costa et al, 2008; Cunha, 2006; Facchini et al 2006; Guanais, Macinko, 2009; Halal et al, 1994; Harzheim, 2004; Ibañez, et al, 2006; Macinko, et al, 2007; Mendonça, 2009; Rocha, 2008; Roncali, Lima, 2006; Silveira et al, 2001; Stralen, et al, 2008; Szwarcwald et al, 2006 Tanaka, Espírito Santo 2008; Trindade, 2007).

Quadro 2 – Resumo dos estudos de avaliação da Atenção Primária no Brasil a partir de 1998.

Estudo	Objetivo	Metodologia	Conclusões
Almeida, Macinko, 2006	Testar uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS.	Avaliação com triangulação de informações oriundas dos sistemas de informação de uso habitual (Pacto, SIAB, PNAD e outros relatórios) e dados advindos da aplicação de instrumento adaptados do PCATool para profissionais e usuários aplicados respectivamente a profissionais e gestores da atenção básica e usuários dos serviços entre janeiro e fevereiro de 2004. A partir dos dados coletados pelo instrumento da pesquisa foram criados índices compostos das oito dimensões da Atenção Básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Os instrumentos foram elaborados e validados através de vários testes: auto-avaliação do informante (na primeira etapa), consistência entre itens (técnica de Cronbach's alpha), análise de fatores e regressão logística multivariada (Odds Ratio, na segunda etapa).	O índice composto total da AB está correlacionado com a auto-avaliação de saúde segundo a percepção dos usuários, controlando por outros determinantes da saúde. Isso sugere que a presença dos atributos da AB é importante para melhores níveis de saúde da população. Há uma diferença de opinião significativa entre as populações estudadas, tanto entre serviços quanto entre atores (gestores, profissionais e usuários). Observaram-se variações entre os modelos de atenção na atenção primária com as unidades do Programa Saúde da Família obtendo na maior parte das vezes melhor desempenho.
Aquino, Oliveira, Barreto, 2009	Avaliar os efeitos da implantação, em escala nacional, do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil, utilizando como unidade de análise os municípios.	Estudo que adotou uma abordagem ecológica e longitudinal, tendo com unidade de análise os municípios. Foram analisadas as informações obtidas entre 1996 e 2004 sobre nascimentos e mortalidade dos 5561 municípios do país, sendo incluídos para o estudo apenas aqueles que demonstraram dados confiáveis, através do preenchimento de cinco critérios pré-estabelecidos. Foram também analisados dados sobre cobertura do PSF e tempo decorrido desde a implantação, criando-se três categorias: cobertura incipiente, intermediária e consolidada. Devido à grande influência dos determinantes sociais sobre o desfecho estudado foi realizada análise multivariada utilizando variáveis identificadas na literatura como possíveis confundidores.	Houve associação negativa, estatisticamente significante, entre o aumento de cobertura e a mortalidade infantil no período estudado. Após a análise controlada pelos possíveis confundidores observou-se redução de 13%, 16% e 22% para os municípios com cobertura incipiente, intermediária e consolidada respectivamente.

Continua na página seguinte

Azevedo, 2007	Analisar a percepção dos usuários sobre acesso na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE	Avaliação das dimensões do acesso (geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica) através de entrevista aberta, observação direta e análise documental, cujo conteúdo foi analisado seguindo os pressupostos descritos por Bardin (2004).	Observou-se que a dimensão acesso geográfico na Estratégia Saúde da Família traz poucas limitações. A dimensão organizacional por sua vez apresenta gargalos significativos, sendo o aspecto com maior deficiência e que determina limitações para as demais dimensões, especialmente, a econômica.
Cavalcante et al, 2006	Avaliar a implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família em Camaragibe, estado de Pernambuco, Brasil.	Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente (análise das variações da implantação nos efeitos observados) do Programa Saúde da Família, considerando as áreas estratégicas mínimas: ações de saúde da mulher, da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. Avaliado dados secundários referentes às áreas e aplicado instrumento a profissionais da ESF, visando avaliar o grau de implantação.	Observou-se, em média, um grau de implantação parcial das áreas estratégicas analisadas. Apesar de melhorias dos indicadores de saúde após a implantação da ESF, a relação entre o grau de implantação e os resultados em saúde nem sempre se apresentam de forma linear.
Chomatas, 2009	Avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde no município de Curitiba, comparando unidades tradicionais com unidades da Estratégia Saúde da Família, por meio da percepção de seus profissionais de saúde.	Estudo transversal utilizando o instrumento PCATool - Brasil versão profissionais, aplicado aos servidores médicos e enfermeiros das unidades de saúde em 2008.	Os resultados indicam que na ESF os escores médios dos atributos acessibilidade, longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores que nas unidades tradicionais. Os resultados evidenciam que em Curitiba as unidades com ESF apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS.

Continua na página seguinte

Conill, 2002	Avaliar políticas para Atenção Primária.	Estudo de caso com duas dimensões: avaliação da percepção sobre o Programa Saúde da Família à nível de gestão e avaliação das práticas das equipes. A primeira dimensão foi avaliada através de análise temática a partir de entrevistas semi-estruturadas com técnicos e gestores, documentos, atos legislativos e observação participante da IV Conferência Municipal de Saúde. A segunda, a partir da avaliação das práticas, utilizando como categorias operativas o acesso e a integralidade numa amostra intencional de cinco equipes por meio de observação direta, entrevistas, documentos e análise quantitativa do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).	O estudo demonstrou um desempenho razoável. Há maior integralidade na atenção, mas com problemas no acesso (relação equipe/número de famílias).
Costa et al, 2008	Avaliar a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, através da taxa de internações hospitalares evitáveis	Estudo com dados secundários (DATASUS) referentes a internações por causas evitáveis tais como: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis, nos indivíduos de 20 a 59 anos entre os anos de 1994 e 2005 em Pelotas.	Foi observada uma diminuição dos percentuais de internações em ambos os sexos no decorrer do período. Aparentemente, a diminuição verificada nas taxas de internações evitáveis pode estar relacionada à qualificação dos serviços de atenção básica.
Cunha, 2006	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade do cuidado à população menor de dois anos, comparando o PSF e o modelo tradicional.	Estudo transversal realizado em serviços de APS das gerências distritais sul/centro-sul e Restinga/ extremo sul no município de Porto Alegre, tendo como população estudada o conjunto de profissionais de nível superior. Foi aplicado a versão espelho do PCATool versão infantil para usuários utilizada por Harzheim em 2002.	A análise univariada demonstrou diferença estatisticamente significava com relação à extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da população infantil a favor das unidades com Programa Saúde da Família. Entretanto, não houve diferença significativa na análise multivariada.

Continua na página seguinte

<p>Facchini et al, 2006</p>	<p>Apresentar os fundamentos dos Estudos de Linhas de Base e avaliação de desempenho a partir dos padrões preconizados oficialmente.</p>	<p>Estudo transversal com grupo de comparação externo (atenção básica tradicional) que analisou o desempenho do Programa Saúde da Família (PSF) em 41 municípios do Nordeste e Sul do país. Após escolha aleatória dos serviços, foram coletadas informações de fontes primárias e secundárias, referentes as dimensões organizacional da atenção, político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas a membros da gestão e dos conselhos de saúde dos municípios, profissionais e usuários de quatro grupos populacionais: crianças, mulheres, adultos e idosos. Os dados secundários, oriundos de bases nacionais (Ministério da Saúde, DATASUS, IBGE) foram sistematizados, por Estado e município. Os 34 indicadores do Pacto da Atenção Básica formam o primeiro conjunto de informações coletadas. O segundo conjunto de informações inclui os Indicadores de Monitoramento da Expansão do PSF em Grandes Centros Urbanos.</p>	<p>A implantação do PSF estava mais consolidada nos grandes centros urbanos do Nordeste do que no Sul do país. O desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste. a utilização de serviços básicos de saúde foi mais adequada no PSF do que em UBS Tradicionais para o conjunto dos grupos populacionais, confirmando indícios observados em estudos anteriores.</p>
<p>Guanais, Macinko 2009</p>	<p>Avaliar o impacto da implantação do programa saúde na família na redução das Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998 e 2002.</p>	<p>Análise longitudinal e multivariada utilizando série histórica (1998-2002) das Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária em adultos e a taxa de cobertura do PSF e PACS nos municípios</p>	<p>Houve redução significativa nas Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária no Brasil nas áreas assistidas pela ESF entre 1998 e 2002 apenas na população feminina.</p>
<p>Halal et al, 1994</p>	<p>Avaliar qualitativamente a resolatividade e satisfação em amostra de usuários e profissionais da APS, no município de Pelotas.</p>	<p>Estudo transversal que utilizou dados primários advindos de entrevistas aplicadas a uma amostra aleatória de usuários realizadas no domicílio até 15 dias após o atendimento e de entrevistas avaliando a satisfação dos profissionais com a consulta.</p>	<p>Observou-se uma resolatividade de 87,9%. A satisfação dos usuários foi observada em cerca de 90% dos casos e esteve associada estatisticamente com a resolução do problema ($p = 0,04$). A satisfação do profissional esteve diretamente associada com a melhor qualidade da relação com o paciente e com uma expectativa prognostica mais favorável.</p>

Continua na página seguinte

Harzheim, 2004	Adaptar e analisar a validade e confiabilidade do PCATool, versão infantil, no Brasil, através de estudo seccional em população menor de 02 anos, bem como, investigar a associação entre a extensão dos atributos da APS e o grau de satisfação dos cuidadores, a percepção de saúde, atividades de preventivas e condições de saúde.	Estudo transversal em população de cuidadores de menores de dois anos usuários de serviços da Atenção Básica tradicional e Programa Saúde da Família, no município de Porto Alegre em 2002.	O Estudo apontou que crianças assistidas por serviços com maior extensão dos atributos da APS apresentam maior probabilidade de receber atividades preventivas, maior percepção de saúde e maior satisfação com o atendimento prestado. Em geral, o Programa Saúde da Família apresenta uma maior orientação para a APS.
Ibañez, et al, 2006	Avaliar o desempenho de serviços de APS em municípios do estado de São Paulo com mais de 100.000 habitantes, excetuando a capital.	Estudo transversal em amostra de municípios do Estado de São Paulo agrupado por clusters. O instrumento de avaliação dos usuários é uma adaptação do PCATool, já o questionário aplicado aos profissionais da APS (ESF e Atenção Básica tradicional) apresenta questões sobre aspectos e indicadores da APS, muitas delas presentes no instrumento para usuários.	Há um nível de satisfação dos usuários em média de 50% nos clusters estudados. As dimensões acesso e vínculo tiveram os melhores escores, mas em média a avaliação é próxima ao abaixo dos 50% o que indica um desempenho apenas regular. Os locais com melhores indicadores sócio-econômicos apresentam melhores resultados em relação aos atributos da APS, exceto para integralidade e orientação comunitária.
Macinko, et al, 2007	Avaliar o impacto da implantação do programa saúde na família na mortalidade infantil no Brasil entre 1999 e 2004.	Estudo do tipo quase-experimento que utilizou um agregado de séries temporais de informações (1999-2004) de todas as 557 microrregiões de saúde do Brasil.	A cada aumento de cobertura de 10% do Programa Saúde da Família há redução de 0.45% na mortalidade infantil, 0.6% na mortalidade pós-neonatal e 1% na mortalidade por diarreia, mesmo após o controle para outros determinantes sociais.

Continua na página seguinte

Mendonça, 2009	Avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família nas internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), no município de Belo Horizonte	Trata-se de estudo ecológico baseado na análise de dados secundários do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, referentes ao período de 2003 a 2006. Para caracterizar os fatores associados às mudanças na taxa de internações hospitalares, utilizou-se como unidade de pesquisa o setor censitário (SC), sendo utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social, calculado através de dados sócio-econômicos, como forma de controlar para variáveis sócio-econômicas. Do total de 2.563 setores censitários em todo o município, 1909 contavam com equipes de saúde da família (74,5%), constituindo o universo de análise. Os dados sobre as internações foram obtidos nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) da população residente, por ano de internação, do Sistema de informações hospitalares (SIH). A classificação de ICSAP foi feita segundo a lista brasileira de ICSAP.	As ICSAP somaram 115.340 (26,4%, do total 154,07/10.000/habitantes em 2006). O declínio global nas internações por ICSAP foi de 17,9% ao longo do período, enquanto das não ICSAP apenas 8,3% ($p < 0,001$). A redução foi maior na população dos setores censitários de maior vulnerabilidade, sendo esta a tendência para toda população, mas mais acentuada nas mulheres. Cinco grupos de diagnósticos representam 59,3% do total das ICSAP no período. Em termos percentuais, o maior declínio correspondeu às internações por doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (71%), doenças imunizáveis (58%) e hipertensão (49%), enquanto que as internações por broncopneumonia bacteriana e acidente vascular cerebral não apresentaram redução no período. A associação de aspectos ligados à qualidade dos serviços, como a manutenção do mesmo médico nas equipes, foi capaz de reduzir em 0,53 ICSAP por 10.000 hab./ano para as mulheres (-0,53 IC 95% - 1,03; -0,04) e de 0,22 ICSAP por 10.000 hab./ano para os homens (-0,22 IC 95% -0,62; 0,16), por cada mês a mais de permanência do mesmo médico nas equipes.
Rocha, 2008	Avaliar experiências de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 21 municípios dos estados da Bahia, Ceará e Sergipe	Avaliação por triangulação de métodos com análise das estruturas, processos, percepções de diferentes atores e resultados na reorganização da Atenção Básica, com vistas à ampliação e consolidação do PSF. A pesquisa trabalhou as seguintes dimensões: político-institucional, organização da atenção e cuidado integral. Foram realizadas análises de documentos oficiais e entrevistas semi-estruturadas para gestores, profissionais e usuários no ano de 2005.	A maioria dos municípios encontrava-se num estágio incipiente ou regular no tocante a dimensão político-institucional, sendo a maior fragilidade encontrada na questão da priorização e financiamento da Atenção Básica. Em relação a organização da atenção e cuidado integral, observa-se limitações no acesso aos outros níveis de atenção e grande heterogeneidade nas práticas de cuidado. Existem avanços no tocante a redução das iniquidades e a percepção da atenção básica como porta de entrada dos sistemas municipais de saúde.

Continua na próxima página

<p>Roncalli, Lima 2006</p>	<p>Avaliar o impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores relacionados à saúde da criança em municípios com mais de 100 mil habitantes.</p>	<p>Constituiu-se num inquérito domiciliar com amostragem definida a partir da escolha aleatória de setores censitários com cobertura total pelo Programa da Saúde pareados com setores censitários com mesmas características sócio-econômicas sem cobertura. Para o pareamento foi criado um índice que teve como base dados do IBGE sobre os setores censitários. Foram realizadas entrevistas nos domicílios e avaliados indicadores relacionados à saúde da criança: cobertura vacinal para DPT em menores de um ano, taxa de internação por IRA em menores de cinco anos, taxa de internação por diarreia em menores de cinco anos, mortalidade em menores de um ano e prevalência de baixo peso ao nascer</p>	<p>Os indicadores avaliados mostraram uma clara relação com os fatores socioeconômicos, medidos em nível domiciliar (escolaridade da mãe) e de setor censitário (indicador sócio-sanitário). Em geral, áreas de situação socioeconômica desfavorável apresentaram os piores indicadores. Na análise com os municípios agregados, o PSF exerceu pouco impacto sobre os agravos estudados, destacando-se apenas a redução da taxa de internação por diarreia. Em relação a esta, também houve redução significativa proporcionada pelo PACS, não trazendo o PSF adicional de redução. Nas demais, em sua grande maioria, não houve diferença entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, mesmo quando incorporado a esse último a cobertura pelo PACS. Algumas peculiaridades foram observadas quando da análise considerando o perfil do município em relação ao indicador estudado, denotando uma influência das características de implantação dos programas, revelando que a ausência de impacto pode ser decorrente de diferenças na forma de implantação.</p>
<p>Silveira, Santos, Costa 2001</p>	<p>Avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde em Pelotas, Sul do Brasil.</p>	<p>Realizou-se estudo transversal descritivo e auditoria de registros médicos para avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal. A análise da estrutura foi realizada através de medições das áreas físicas e de entrevistas aos chefes de unidade e baseou-se no Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (MS, 1985). A avaliação do processo foi realizada analisando registros dos prontuários</p>	<p>Entre as unidades que prestavam cuidado pré-natal, a maioria foi classificada como precária, sendo a planta física a área mais deficitária. Observou-se uma baixa cobertura (53%) e média de consultas foi de 5,3. O pré-natal foi adequado em somente 37% dos registros (Índice de Kessner). Adicionando-se exames laboratoriais e procedimentos da consulta como critérios complementares, 31% e 5% dos registros foram considerados adequados, respectivamente.</p>

Continua na próxima página

Stralen, 2008	Avaliar a percepção de desempenho de serviços da APS em municípios com mais de 100.000 habitantes nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, Brasil.	Estudo seccional realizado em sete municípios nos quais foram aplicados as versões usuários para adultos e crianças e a versão profissionais do PCATool, esta última para profissionais de nível superior e nível médio. Foram construídos escores por atributos e um índice composto que considera todos os atributos.	Observou-se grande diferença entre a percepção dos profissionais e usuários, sendo a avaliação destes pior na maioria dos aspectos avaliados. Os piores resultados foram obtidos nos atributos acesso e orientação familiar. Os resultados foram baixos para o índice composto, revelando baixa extensão dos atributos na amostra estudada.
Szwarcwald et al, 2006	Avaliar o desempenho de serviços de APS em municípios do estado do Rio de Janeiro com mais de 100.000 habitantes, que implantaram o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)	Inquérito domiciliar em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro nos meses de julho e agosto de 2005. O instrumento utilizado foi uma adaptação do questionário utilizado na Pesquisa Mundial de Saúde, inquérito nacional para avaliação do desempenho de saúde. Construíram-se indicadores de cobertura, qualidade de atendimento pré-natal, assistência ao parto, saúde infantil, prevenção de câncer de colo uterino e mama, assistência a idosos e saúde bucal.	De maneira geral, os indicadores seguiram a mesma lógica perversa: tanto pior a condição socioeconômica, tanto pior a cobertura e a qualidade do atendimento. Os resultados corroboram e outros estudos no Brasil, que revelam que as principais queixas relacionadas ao atendimento médico são: demora no atendimento; várias idas ao local de atendimento para conseguir o serviço e falta de garantia de conseguir os exames solicitados ou mesmo de continuidade de tratamento
Tanaka, Espírito Santos, 2008	Avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador.	Abordagem baseou-se no referencial de Donabedian acoplado à metodologia da condição traçadora de Kessner. A amostra foi composta de crianças de 0-5 anos de idade, com queixas respiratórias, atendidas em sete Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, Brasil. As fontes de dados foram prontuários e entrevistas com mães ou responsáveis antes da consulta e no domicílio 07 a 14 dias após a primeira. O desfecho avaliado foi a remissão da queixa. A qualidade objetiva da consulta foi aferida avaliando-se a coerência entre os dados do exame físico e à natureza da queixa, com base no registro no prontuário. A qualidade subjetiva baseou-se na avaliação do serviço como um todo e do atendimento prestado especificamente pelo médico, feita pela mãe durante a segunda entrevista.	O exame médico mais acurado da criança mostrou-se significativamente associado com a evolução favorável dos quadros atendidos. O acolhimento demonstrado pelos profissionais influenciou na avaliação dos usuários acerca da qualidade do atendimento, observando-se uma atitude de preservação da figura do médico. O nível de escolaridade da mãe não apresentou diferença significativa em relação à melhora apresentada.

Continua na próxima página

Trindade, 2007	Analisar a associação entre a qualidade da Atenção Primária e o reconhecimento e qualidade do manejo ao portador de hipertensão.	Estudo transversal que avaliou a associação entre a qualidade da APS, através da extensão dos seus atributos, e o reconhecimento, e qualidade do manejo da hipertensão em população acima de 18 anos. Foram analisados dados de moradores de áreas cobertas pelos serviços de APS do município de Porto Alegre e usuários atendidos pela Equipe de Saúde da Família da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).	Após análise multivariada observou-se uma associação estatisticamente significativa entre maiores escores da APS com maior probabilidade de receber orientações para a prática de atividade física, sobre alimentação saudável, higiene bucal e a realização de aferição de pressão arterial na última consulta, aferição do peso, altura ou eletrocardiograma em qualquer tempo. O controle pressórico foi semelhante nos dois grupos.
----------------	--	--	---

O primeiro e mais difundido instrumento nacional concebido neste processo foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica que se apresentava como uma estratégia de acompanhamento de indicadores de saúde e formalização de metas entre Municípios, Estados e União e que teve grande difusão entre as Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 1999; CONASS, 2004). Com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2000, surge a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), cujo propósito era a formulação e condução de processos avaliativos relacionados a este nível de Atenção. A expansão da ESF fortaleceu este processo favorecendo a definição de uma Política Nacional de Avaliação e monitoramento da Atenção Básica em Saúde composta de diversas iniciativas tais como: os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, os Estudos de Linhas de Base e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2005a; Brasil, 2005b; Felisberto et al, 2008).

Os Estudos de Linhas de Base de implantação do PROESF resultaram em diversas pesquisas em conjunto com instituições de pesquisa de todo o Brasil (Facchini et al 2006; Ibañez, et al, 2006; Rocha, 2008; Roncali, Lima, 2006; Stralen, et al, 2008; Szwarcwald et al, 2006). Em sua maioria, demonstraram avanços e que havia uma superioridade da Estratégia Saúde da Família sobre a Atenção Básica Tradicional. Entretanto, Observou-se que a APS apresenta um desempenho regular e que existem heterogeneidades entre os serviços e as diversas regiões do Brasil.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) surge também num momento posterior ao crescimento acelerado da cobertura da ESF, e tem como finalidade reforçar a prática da avaliação contínua como instrumento para a tomada de decisão em busca da melhoria da qualidade. Constitui-se num instrumento de auto-avaliação, que articula elementos da avaliação normativa e da Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), para ser aplicado periodicamente a gestores e trabalhadores de forma voluntária, tendo o objetivo de servir de elemento orientador para a resolução de problemas. Nesta perspectiva, visa envolver trabalhadores e gestores em processos de reflexão, operacionalização e sustentabilidade da própria estratégia, subsidiando o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções.

Esta iniciativa também se baseia nos pressupostos avaliativos propostos por Donabedian e considera elementos de estrutura, processo e de resultado, estando subdivididos em duas grandes categorias de análise: gestão e equipe (Quadro 3). Estas categorias, por sua vez, subdividem-se em cinco dimensões dispostas em instrumentos compostos por diversos padrões de qualidade elaborados utilizando critérios como abrangência nacional, sensibilidade para identificar mudanças e aplicabilidade (Brasil, 2005). Cada um desses padrões foi definido após um amplo processo participativo que envolveu técnicos e consultores da CAA/DAB, consultores externos, representantes dos estados e municípios e potenciais usuários. Após a definição dos padrões os mesmos foram categorizados por estágios de qualidade dicotômicos, “sim ou não”, assim discriminados: qualidade elementar (E), em desenvolvimento (D), consolidada (C), boa (B) e avançada (A).

Quadro 03 - Componentes ou Unidades de análise, Dimensões e Subdimensões da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Componentes ou Unidades de análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família	Implantação/ Implementação da Saúde da Família 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 Saúde da Família	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

Dentre os instrumentos de avaliação quantitativa, destacam-se os estudos que utilizaram o PCATool, pois mostraram-se eficazes, apresentando-se como promissoras estratégias de avaliação e comparação de serviços de APS com diferentes formas de organização e financiamento (Almeida, Macinko, 2006; Chomatas, 2009; Cunha, 2006; Harzheim, 2004; Ibañez, et al, 2006; Stralen, et al, 2008; Trindade, 2007). Almeida e Macinko observaram que a maior extensão dos

atributos da APS está correlacionada com melhor auto-percepção de saúde (Almeida, Macinko, 2006). Harzheim em seus estudos demonstrou que serviços com melhores escores no PCATool estavam associados a maior satisfação dos usuários, saúde percebida e ações preventivas na população infantil (Harzheim et al, 2004). No estudo de Trindade, serviços com melhores escores do PCATool apresentavam melhores resultados em relação aos cuidados oferecidos a portadores de hipertensão arterial (Trindade, 2007).

Diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil é imprescindível consolidar os processos de avaliação deste nível de Atenção. Pois, apesar de todas as iniciativas descritas e do desejo de institucionalização, os processos de avaliação ainda não foram incorporados a rotina de trabalhadores e gestores. Mesmo o AMQ que se propõe a ser um instrumento nacional tem, desde sua implantação, uma pequena adesão por parte dos municípios brasileiros, sendo realizada uma primeira avaliação em apenas 246 municípios (Brasil, 2010). Assim, é necessário avançar na identificação de instrumentos que possuam uma abrangência nacional e que, acima de tudo, tornem-se balizadores das políticas de consolidação da Atenção Primária brasileira.

4. OBJETIVOS

Geral

- Analisar a concordância entre os escores obtidos a partir de dados secundários advindos da aplicação dos instrumentos PCATool e do AMQ aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da ESF no município de Curitiba em 2008.

Específicos

- Desenvolver estratégia de avaliação dos atributos da APS, utilizando os instrumentos quatro e cinco do AMQ.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.
2. Aquino R, Oliveira NF, Barreto. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009, 99(1) 88-93.
3. Azevedo, ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação de mestrado]. Recife. FIOCRUZ, 2007. 177p
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: *Proceedings of the VIII Conferência Nacional de Saúde*; Brasília; 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAB. “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006”. Brasília; Ministério da Saúde, 2008. 200p
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 60p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília; Ministério da Saúde, 2005a. 108p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília; Ministério da Saúde; 2005b. 36p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para organização da Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 1999. 40p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O que é AMQ? [Acesso em 02/02/2011]. <http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-OficinaSGP2-AMQ.pdf>

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde; 2001. 36p.
12. British Medical Journal. Future provision of medical services: lord dawson on the consultative council's report Br Med J 1920;1:800-802.
13. Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S7-S27.
14. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2006; 6 (4): 437-445.
15. Chomatas VER. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
16. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.
17. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública. 2002; 18(Suppl): 191-202.
18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília; CONASS, 2004.
19. Contrandiopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 705-710.
20. Costa JSD, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública;24(7): 1699-1707.
21. Cueto M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. Am J Public Health. 2004 Nov 94(11):1864-74.
22. Cunha, CRH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2006.

23. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729).
24. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008 Nov. 24 Sup 1:S159-S172.
25. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 11(3): 669-681.
26. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública*, 2008 Set; 24(9):2091-2102,.
27. Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manage*. 2009, Vol. 32. No 2, 115-122.
28. 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.
29. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomte C, Seibel CE, Lahude FM. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28(2): 131-6.
30. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese de doutorado]. Alicante, Universidad de Alicante, 2004.
31. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*, 2006A, 6:156.
32. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil. Brasília; Ministério da

- Saúde, 2010. [Acesso em: 05/08/2010]. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/geral/manualinstrumentoavaliacao.pdf>.
33. Harzheim, E, Starfield B; Rajmil, L; Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006B Ago; 22(8): 1.649-59.
 34. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703.
 35. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Oxford journals*. 2007b; 22: 167-77.
 36. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM: Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60:13-19.
 37. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc sci med*, 2007a; 2070-2080.
 38. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. *Manag Care*. 2009 Jun;18(6):44-8.
 39. Mendes EV. As rede de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010
 40. Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
 41. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. [acesso em 03/07/2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
 42. Organização Pan-americana da Saúde: Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington (US): OPAS; 2007. [acesso em: 04/07/2010]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.

43. Passarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. *Aten primaria*.2007; 39(8):395-403.
44. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas Bibliográficas. *Cad Saude Publica.*, 1990 jan/mar; 6 (1): 50-61.
45. Ribeiro EM, Chomatas ERV, Neto MC. Integralidade e redes de atenção básica e saúde da família: a experiência do município de Curitiba-PR. In: Fernandes AS, Seclen - Palacin JA (orgs). Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
46. Ribeiro FA, Schraiber LB. Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: perspectiva histórica. [dissertação de mestrado]. São Paulo. USP, 2007.
47. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24 Sup 1:S69-S78.
48. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 11(3): 713-724.
49. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Alvin R, Rogers W, Taira, D et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. May 1998;36(5):728-739.
50. Sampaio LFR. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 Sup 1:S7-S27.
51. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 Sup 2:S337-S341.
52. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Relatório Anual de Gestão – 2009. [Acesso em: 20/07/2010]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorioanualdegestao2009.pdf>
53. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50:161W,175W.
54. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*. 2001 17(1): 131-139.

55. Simão E, Albuquerque, GL, Erdmann AL. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. Rev. RENE, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 1-103, maio./ago.2007.
56. Starfield B, Shi L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009. [Acesso em: 20/07/2010]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/pcpc/PCAT_PDFs/PCAT_Manual.pdf.
57. Starfield B: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia UNESCO . Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
58. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24, suppl. 1 Rio de Janeiro, 2008.
59. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):643-655, 2006.
60. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2008 jul/set; 8 (3): 325-332.
61. Thom DH, Kravitz RL, Kelly-Reif S, Sprinkle RV, Hopkins J, Rubenstein LV. A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. Int J Qual Health Care; 2004 Apr. 16(2): 133-40.
62. Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2007.
63. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública. 2002 nov-dez; 18(6):1561-1569,
64. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(3): 711-24.

6. ARTIGO

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.

Evaluation of Primary Health Care: Analysis of agreement between AMQ and PCATool instruments in Curitiba, Paraná.

Alexandre Medeiros de Figueiredo¹; Ricardo Kuchenbecker²; Erno Harzheim²; Alvaro Vigo²; Lisiane Hauser²; Eliane Regina Veiga Chomatas³;

¹ Departamento de Promoção da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

³ Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil.

Correspondência para os autores:

Alexandre Medeiros de Figueiredo.

Universidade Federal da Paraíba – Campus I - Centro de Ciências Médicas –

Departamento de Promoção da Saúde, Castelo Branco, João Pessoa – Paraíba, CEP: 58051-900.

Email: potiguar77@yahoo.com.br

Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública

Resumo

Apesar dos avanços, ainda há desafios para a consolidação da Atenção Primária no Brasil, justificando o desenvolvimento de instrumentos de avaliação. Este estudo visa analisar o grau de concordância entre o Primary Care Assessment Tool (PCATool), validado internacionalmente, e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil e já utilizado por vários municípios. Na análise realizada através do método de Bland-Altman observou-se que houve concordância ($P > 0,05$) para os atributos integralidade ($P = 0,1898$) e orientação familiar ($P = 0,0840$) o que não ocorreu em relação ao acesso ($P = 0,0000$), longitudinalidade ($P = 0,0002$), coordenação do cuidado ($P = 0,0000$) e orientação comunitária ($P = 0,0004$), sugerindo que não existe equivalência. Considerando as publicações que avaliam o PCATool em nosso meio, a ausência de estudos de validação do AMQ e a baixa concordância entre ambos, sugere-se que o PCATool seja a ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS, bem como, a realização de estudos destinados à validação do AMQ.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso e Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

Despite advances, there remain many challenges to the consolidation of primary care in Brazil, justifying the development of assessment tools. This study aims to assess the degree of agreement between the Primary Care Assessment Tool (PCATool), internationally validated, and Evaluation for Quality Improvement Strategy for Family Health (AMQ), prepared by the Brazilian Ministry of Health and already used by several municipalities. In the analysis performed by Bland-Altman method showed that there was agreement ($P > 0.05$) for the attributes of comprehensiveness ($P = 0.1898$) and family-centeredness ($P = 0.0840$) which did not occur in relation first contact ($P = 0.0000$), longitudinally ($P = 0.0002$), coordination of care ($P = 0.0000$) and community orientation ($P = 0.0004$), suggesting that there is no equivalence. Considering the publications that evaluate PCATool in our midst, the lack of validation studies AMQ and low concordance between the two, it is suggested that the PCATool is the preferred tool in assessing the quality of health care, as well as the studies for the validation of the AMQ.

Family-centered care

Keywords: Health Evaluation; Health Services Evaluation; Primary Health Care; Quality Assurance, Health Care.

Introdução

No Brasil, após bons resultados obtidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lança-se o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de reorientar a Atenção Básica.^{1,2} Nos anos subsequentes, esta iniciativa se institucionaliza como o modelo técnico-assistencial da APS brasileira, levando a um aumento significativo na cobertura e financiamento das ações da atenção básica.¹ Atualmente, existem 31.600 equipes que assistem 100,1 milhões de habitantes em 5.294 municípios brasileiros (95.1% do total), sendo serviços bem avaliados pela população.^{3,4}

Em alguns estudos, observou-se que esta ampliação estava associada à redução de desfechos significativos como mortalidade infantil e Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), especialmente, nos extratos da população com maior vulnerabilidade.^{1,5-11} Apesar destas conquistas, esta expansão em larga escala é ainda um processo recente e heterogêneo. Para seu avanço, há um imperativo ético de avaliar e refletir sobre sua implantação, potencialidades e fragilidades, como forma de gerar subsídios para a tomada de decisão por parte dos gestores, trabalhadores e instâncias do controle social.¹²⁻¹⁴ Portanto, é imprescindível desenvolver e validar metodologias capazes de avaliar serviços de atenção primária com acurácia em diversos contextos sociais.

Apesar de necessário, existem desafios substanciais para estabelecer parâmetros de qualidade da APS mensuráveis. Nesta perspectiva, em 1978, o *Institute of Medicine* partiu do pressuposto que a APS não poderia ser avaliada por características descritivas como: o local da atenção, a área de capacitação do profissional ou o conjunto de ações ofertadas. Assim, definiu cinco características da Atenção Primária e elaborou um método para aferição da APS.⁵ Utilizando este referencial teórico, pesquisadores do Primary Care Policy Center elaboraram uma série de instrumentos para a avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool).^{15,16} Estas ferramentas balizam-se pelos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados por Starfield: acesso do primeiro contato do indivíduo com o

sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.^{15,16} A partir destes atributos, foram utilizados as proposições de Donabedian, sendo considerados elementos de estrutura e processo de cada um dos atributos o que possibilita a avaliação da relação entre a utilização de serviços da APS e resultados em saúde.¹⁷⁻¹⁹

Ao longo dos anos, estas ferramentas foram utilizadas e validadas em diversos países.^{15,16,20-23} No Brasil, estudos analisaram a presença e grau dos atributos da APS, aplicando versões PCATool em usuários e profissionais de saúde de serviços com diferentes formas de organização e financiamento.^{19,20,24-29} Almeida e Macinko observaram que a maior extensão dos atributos da APS está correlacionada com melhor auto-percepção de saúde.²⁴ Harzheim demonstrou que serviços com melhores escores no PCATool estavam associados a maior satisfação dos usuários, saúde percebida e ações preventivas na população infantil.²⁰ No estudo de Trindade, usuários de serviços com melhores escores do PCATool apresentavam maior probabilidade de receber orientações sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal, ter realizado eletrocardiograma e elementos importantes do exame físico como aferição de pressão arterial, aferição do peso, altura.²⁹

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa. A primeira estratégia concebida foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica que se torna um dos instrumentos mais usados pelas Secretarias Estaduais de Saúde para a avaliação da Atenção Básica.^{30,31} Na evolução deste processo, definiu-se uma Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.³¹⁻³⁴ Um dos elementos desta política surge no contexto da implantação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), através da realização dos Estudos de Linhas de Base conduzidos por diversos grupos de pesquisa em todo o país.^{26,28,34-37} Em geral, os resultados apontaram que existiram avanços e que havia uma superioridade da Estratégia Saúde da Família sobre a Atenção Básica Tradicional. Entretanto, Observaram-se heterogeneidades entre os serviços e as diversas regiões do Brasil, bem como, fragilidades nos atributos da APS, especialmente no tocante ao acesso.^{26,28,34-37}

Outro componente desta política é a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Este instrumento de auto-avaliação é aplicável a gestores de serviços e sistemas de saúde e profissionais de saúde de forma voluntária, objetivando nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da Atenção Básica. De forma semelhante ao PCATool, utiliza os pressupostos avaliativos de Donabedian e enfoca aspectos relativos à estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde.¹³

O AMQ é composto por duas grandes categorias de análise: gestão e equipe de saúde. Congrega cinco dimensões: desenvolvimento da estratégia, coordenação técnica das equipes, unidade saúde da família, consolidação do modelo de atenção e atenção da saúde. Cada dimensão está disposta em instrumento específico, sendo todos compostos por diversos padrões categorizados por estágios de qualidade, assim definidos: qualidade elementar (E), em desenvolvimento (D), consolidada (C), boa (B) e avançada (A). Os padrões têm respostas dicotômicas, do tipo “sim e não”, e foram submetidos à análise segundo sua relevância, confiabilidade e factibilidade por membros do Ministério da Saúde, coordenadores e profissionais da ESF e por consultores externos, inclusive com a realização de teste piloto com participação de mais de 500 equipes de saúde da família.³² Desde sua implantação, 246 municípios finalizaram a 1ª auto-avaliação num total de 2.090 equipes da Estratégia Saúde da Família.³⁸ No entanto, até o presente momento, não foram publicados estudos validando o AMQ como instrumento de avaliação da qualidade da APS.

O objetivo do presente estudo é avaliar a concordância entre os instrumentos de avaliação da qualidade da APS: o PCATool e o AMQ, utilizando para tal, as informações fornecidas pela aplicação desses instrumentos junto à Estratégia de Saúde da Família do Município de Curitiba, Paraná.¹⁹

Metodologia

Delineamento

Realizou-se estudo objetivando caracterizar a concordância entre os escores obtidos pelos instrumentos AMQ e o PCATool. Para tal, utilizou-se os dados secundários advindos da aplicação dos instrumentos quatro e cinco do AMQ em Curitiba, Paraná,

Brasil, em 2008 e dos dados originários da aplicação do PCATool a médicos e enfermeiros da ESF entre maio e novembro do mesmo ano no referido município¹⁹.

Caracterização dos instrumentos utilizados

PCATool – Versão Brasil

Utilizou-se o PCATool versão em português do Brasil, que permite a construção de escores para cada atributo.¹⁹ Essa versão atualizada do PCATool, apenas os itens referentes ao atributo integralidade da versão criança foram acrescentados ao espelho da versão adulta, sendo esta configuração a utilizada para as análises deste estudo.¹⁹ Ao todo são 77 itens divididos em oito componentes: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação – integração de cuidados, coordenação – sistema de informações, integralidade – serviços disponíveis, integralidade – serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária.¹⁷⁻¹⁸ As respostas aos quesitos foram estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim e 4 = com certeza sim).¹⁹ Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão. Foi realizada a opção por não subdividir os componentes “coordenação” e “integralidade” da APS para esta análise, sendo então recalculados todos os escores para os atributos: acesso do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária.

A fim de possibilitar análises mais detalhadas foram criados outros escores baseados nos atributos supracitados.¹⁹ O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o Escore Derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e derivados. O valor obtido para estes escores foi então transformado para uma escala entre 0 e 10, utilizando a fórmula que se segue:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

À época da coleta dos dados existiam no município 104 unidades básicas de saúde, sendo 53 com ESF e 51 unidades de saúde não estruturadas a partir de equipes de ESF, consideradas como “Tradicionais”. As unidades com ESF estavam distribuídas de forma heterogênea no município, preponderantemente em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, com o propósito de reverter os indicadores epidemiológicos. Os dados utilizados para esta análise foram obtidos a partir da aplicação do instrumento aos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da ESF implantadas antes de junho de 2006, correspondendo a um total de 45 unidades. Duas unidades foram excluídas da análise: uma pela existência concomitante de atividades exercidas por profissionais de instituição universitária não ligada à Secretaria Municipal da Saúde e a segunda em função de ter havido mudança na área de abrangência da mesma causando inadequação para o estudo.¹⁹

AMQ

O AMQ compõe-se de cinco instrumentos, dos quais dois (instrumentos quatro e cinco) são destinados aos profissionais da ESF. Os instrumentos quatro e cinco contemplam as subdimensões referentes à organização do trabalho, participação comunitária e controle social das ações em saúde, vigilância e atenção à saúde.³² O instrumento quatro é composto por 70 padrões, que são níveis de referência de qualidade a ser atingidos pela ESF, e o instrumento cinco é composto por 90 padrões, totalizando 160 itens.³²

Para analisar a concordância entre os instrumentos pesquisados, fez-se necessário a categorização dos padrões do AMQ, segundo os atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield, excetuando-se o atributo competência cultural e os padrões do AMQ referentes a resultados, já que estes aspectos não são avaliados na versão profissionais do PCATool – Brasil.^{17,18} Este processo de classificação foi realizado por dois autores do manual de instrução sobre o uso do PCATool no Brasil.¹⁷ Como o AMQ é composto por padrões categóricos do tipo ‘sim ou não’, foi atribuído aos itens positivos o valor 1 e as respostas negativas o valor zero.

Considerando que a aplicação do PCATool no município de Curitiba definiu as Unidades Básicas (US) como unidades de análise, tornou-se necessário estimar as médias de pontuação de cada um dos padrões do AMQ por US, já que várias das equipes da ESF funcionam simultaneamente num mesma Unidade Básica.¹⁹ A partir destas médias, foram calculados escores para cada um dos seis atributos restantes: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária. Estes escores foram calculados dividindo a soma das médias de cada um dos padrões distribuídos por atributo da APS pelo número de padrões por atributo, como na fórmula a seguir:

$$\text{Escore do atributo X} = \frac{\text{soma das médias dos padrões do atributo X}}{\text{Número de padrões do atributo X}}$$

Além dos cálculos realizados por atributos foram elaborados outros escores, assim como realizado com os dados obtidos através da aplicação do PCATool. O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o Escore Derivado, através da média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária), e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e derivados. O valor obtido para cada um destes escores foi então transformado para uma escala entre 0 e 10, multiplicando-se os valores por 10.

Análise Estatística

Em 2008, 114 equipes de 38 Unidades Básicas com ESF (72%) responderam os instrumentos quatro e cinco do AMQ. Destas, 37 US tinham realizado a avaliação pelo PCATool, possibilitando a análise comparativa. A concordância entre os escores produzidos pelos instrumentos PCATool e AMQ foi analisada através do método de Bland-Altman.³⁹⁻⁴¹ Essa metodologia parte da visualização de um gráfico de dispersão entre a diferença de dois valores e a média dos dois. Neste gráfico é

possível visualizar o viés (o quanto as diferenças se afastam do valor zero), o erro (a dispersão dos pontos das diferenças ao redor da média), além de outliers e tendências. Assim, quando prevalece a hipótese nula ($p > 0,05$) sugere-se concordância entre os resultados. A hipótese de o viés ser ou não igual a zero pode ser testada por um teste t para amostras emparelhadas com distribuição normal e o teste de Wilcoxon quando a distribuição for anormal. Além disso, o método permite estabelecer limites de concordância entre medidas realizadas através de dois métodos diferentes. Esses limites representam a região em que se encontram 95% das diferenças nos casos estudados.³⁹⁻⁴¹ As análises foram realizadas no SPSS versão 18 e no programa R versão 2.12.1. Foi adotado o nível de significância 5%.

Na categorização dos padrões do AMQ, baseado nos atributos essenciais e derivados da APS de Starfield, 24 itens foram excluídos. Destes, 22 eram referentes a resultados e dois a malária, que não é um agravo presente na região de Curitiba.¹⁷⁻¹⁸ A Tabela 1 apresenta os resultados deste processo no qual se verifica significativa diferença na distribuição de itens por atributo da APS.

Como a escala de resposta do AMQ é dicotômica, ou seja, possui opções de respostas 'sim' ou 'não' e os dados do PCATool são em escala Likert de 4 pontos, optou-se pela análise dos dados do PCATool de forma dicotomizada no intuito de diminuir as diferenças. Logo, as respostas '1' e '2' ('com certeza não' e 'provavelmente não') foram consideradas como uma única resposta, 0 (zero), sendo feito da mesma forma para as respostas '3' e '4' ('provavelmente sim' e 'com certeza sim') que foram consideradas como 1.

Após este processo de categorização e ajuste das escalas, foram realizadas as médias por atributo do AMQ e do PCATool para cada Unidade de Saúde, sendo avaliada a presença de concordância entre os dois constructos utilizando o método de Bland-Altman, cujos resultados são apresentados na Tabela 2.³⁹⁻⁴¹

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (nº32/2010). Seguindo os preceitos éticos

assumidos, manteve-se a confidencialidade dos dados secundários obtidos, garantindo a não identificação dos participantes e das unidades de saúde.

Resultados

Na Tabela 1 é possível constatar as diferenças substantivas na distribuição dos itens por atributo da APS entre os instrumentos.

Na Tabela 2 é possível observar diferença, exceto no atributo integralidade, na avaliação dos atributos essenciais da APS entre os instrumentos utilizados, notadamente em relação ao acesso de primeiro contato, sendo os escores do AMQ sempre mais altos. Dentre os atributos derivados, a situação foi inversa com as equipes apresentando melhor desempenho na avaliação pelo PCATool.

Conforme observado na tabela 02 e nos gráficos 01 a 08, a existência de concordância somente foi obtida nos atributos integralidade e orientação familiar, representada, respectivamente, por valor de $P > 0,05$ no teste t e no teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Discussão

Inicialmente, vale enfatizar que o uso de dados secundários não possibilitou o uso das equipes como unidades de análise o que limitou o número de comparações possíveis. Ressalta-se que o AMQ foi aplicado em uma amostra por conveniência, pois um dos seus princípios é a adesão voluntária e que o PCATool foi aplicado a (72%) dos profissionais elegíveis, podendo os dados não ser representativos da realidade curitibana. Ademais, os instrumentos utilizam estratégias diferentes para a coleta da informação, sendo o AMQ aplicado a equipe e o PCATool aplicado a médicos e enfermeiros individualmente o que pode interferir no processo de aferição, mesmo em se tratando do mesmo objeto de análise. Uma limitação metodológica é que esta diferença entre os métodos não permite um emparelhamento exato das amostras para a análise. Cabe ainda ressaltar que as escalas de respostas utilizadas

são diferentes, já que o PCATool utiliza uma escala do tipo Likert e que o AMQ, um padrão de respostas dicotômicas.^{19,32}

Partindo dos dados coletados no município de Curitiba no ano de 2008, este estudo evidenciou baixa concordância entre os escores obtidos pelo AMQ e PCATool, apesar de ambos enfocarem aspectos avaliativos relacionados à estrutura e processo dos serviços de saúde, assim como proposto por Donabedian.¹³ O presente estudo não objetivou avaliar a adequação dos mesmos e sim analisar em que medida havia concordância entre os escores obtidos pelos mesmos, colaborando, dessa maneira, com o desenvolvimento de metodologias avaliativas da qualidade da assistência na ESF, num contexto de expansão e reorganização da APS no Brasil. Além disso, buscava-se desenvolver uma estratégia de avaliar os atributos da APS através do instrumento AMQ, contribuindo assim para a identificação de novos potenciais de uso da ferramenta já desenvolvida e utilizada desde 2006 pelo Ministério da Saúde.

A busca de instrumentos de avaliação factíveis e de aplicabilidade nacional é um desafio que vem mobilizando diversos gestores e instituições de pesquisa no Brasil.^{26,28,32,34-37} Apesar deste esforço, observa-se uma baixa adesão ao uso destes instrumentos, inclusive o AMQ, com apenas 5% dos municípios e 7% as equipes da ESF do país, tendo concluído pelo menos uma avaliação.³⁸ Reflete-se assim a não institucionalização da cultura da avaliação, cujas causas podem estar relacionadas as dificuldades para se chegar a um consenso sobre a pertinência dos resultados produzidos e pela dificuldade em utilizá-los nos processos decisórios.¹²

Diante deste contexto, Curitiba apresentou uma situação privilegiada por ser um município de grande porte, dotado de um sistema de gestão da saúde bastante desenvolvido, com um grande investimento em APS e em sistemas de informação que permitiram a avaliação e monitoramento de indicadores.⁴² Desde o início do uso do AMQ, a Secretaria de Saúde de Curitiba vem aplicando-o, anualmente, na maioria das equipes da ESF, sendo o município com o maior número de equipes avaliadas representando mais de 5% das equipes que finalizaram pelo menos uma avaliação em todo o país. Estas condições possibilitaram obter dados com maior homogeneidade e qualidade para a realização do estudo o que aumentou a confiabilidade interna do mesmo. Outro aspecto crucial, foi a existência do estudo de Chomatas que aplicou o

PCATool – versão profissionais para a maioria dos médicos e enfermeiros da ESF do município.¹⁹

A comparação entre os valores dos atributos em cada instrumento (Tabela 2) evidencia escores mais altos no AMQ, à exceção dos atributos derivados. As maiores diferenças encontradas foram nos atributos longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e acesso de primeiro contato, sendo a maior disparidade encontrada neste último. Na avaliação através do PCATool, o atributo acesso do primeiro contato apresenta seu pior desempenho, o que está em conformidade com vários estudos transversais nacionais e internacionais que utilizaram este instrumento.^{19,20,24-29,43} Outrossim, também está em consonância com outras pesquisas qualitativas que apontam insatisfação e limitação do acesso as unidades básicas de saúde, notadamente, para situações agudas de baixa complexidade, reveladas através da procura de serviços de pronto-atendimento.⁴⁴⁻⁴⁷

Na avaliação do AMQ, o acesso do primeiro contato obtém um alto escore, condição que pode estar relacionada a percepções diferentes sobre o conceito de acesso nos instrumentos pesquisados. Fato este evidenciado a partir da dificuldade de adaptação do PCATool a realidade brasileira apontada por Harzheim em seu estudo de avaliação da consistência interna e confiabilidade da versão criança, no qual dos 23 itens excluídos nove eram relativos ao atributo acesso e oito ao atributo coordenação do cuidado.⁴⁸ Outra possível justificativa, que cabe aos demais atributos, decorre do fato de que parte dos padrões de análises do AMQ são baseados em aspectos normativos da Política Nacional da Atenção Básica que condicionam o financiamento e processo de trabalho dos profissionais e gestores do sistema de saúde.^{1,32} Desta forma, mesmo com os cuidados metodológicos utilizados no AMQ como a livre adesão pelos gestores e a ausência de incentivos e sanções relacionadas aos resultados, pode existir uma superestimação dos escores, especialmente em se tratando de padrões de respostas dicotômicos, nos quais a avaliação negativa do padrão traria a percepção de inexistência ou de ineficiência total da equipe em implementar mudanças no seu território.³²

Conforme os resultados apresentados, a concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool é baixa, sugerindo que os mesmos não são concordantes. Desta forma, os achados do presente estudo sugerem não ser possível a utilização os

padrões do AMQ como forma de mensurar os atributos da APS definidos por Starfield, diferentemente do PCATool, já validado nacionalmente para este fim.^{17,18,48} Apesar do instrumento do AMQ ter sido elaborado em um amplo processo, no qual foi avaliada sua relevância, confiabilidade e mensurabilidade, não há, diferentemente do PCATool, estudos que apontem associação entre altos escores no AMQ e desfechos positivos.^{10,20,29} Assim, diante das evidências atuais, o PCATool apresenta-se como ferramenta mais adequada para a avaliação dos atributos da APS. Outrossim, sugere-se para a validação do AMQ, enquanto instrumento de avaliação da qualidade da APS, estudos subseqüentes de base populacional que permitam menor agregação das informações e possibilitem mensurar a associação entre melhor avaliação da APS com resultados em saúde.

Colaboradores

Alexandre Medeiros de Figueiredo participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, da construção e revisão da base de dados, da análise dos resultados, da construção das tabelas e da redação do texto.

Ricardo Kuchenbecker e Erno Harzheim participaram da concepção do estudo, da análise e discussão dos resultados e da revisão do texto.

Alvaro Vigo e Lisiane Hauser participaram da análise estatística e na discussão dos resultados.

Eliane Regina Vieira Chomatas que participou da pesquisa que gerou os dados secundários utilizados neste estudo

Conflitos de interesse

Os autores Erno Harzheim e Lisiane Hauser participaram como autores de estudos que utilizaram o PCATool e da elaboração do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Os demais autores não apresentam conflitos de interesse.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela realização do Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde – ênfase em Atenção Primária.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba pela oferta de campo de pesquisa, especialmente pela cessão dos dados referentes à Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 60p
2. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura do Saúde da Família. [Acesso em: 05/03/2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/index.php>.
4. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde. [Acesso em 05/03/2011]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf.
5. Starfield B: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia. UNESCO. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
6. Aquino R, Oliveira NF, Barreto. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009, 99(1) 88-93.
7. Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. J Ambulatory Care Manage. 2009, Vol. 32. No 2, 115-122.

8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM: Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60:13-19.
9. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: Na analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc sci med*, 2007; 2070-2080.
10. Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAB. “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006”. Brasília; Ministério da Saúde, 2008.
12. Contrandiopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 705-710.
13. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729).
14. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(3): 711-24.
15. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105:998-1003.
16. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161W,175W.
17. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil. Brasília; Ministério da Saúde, 2010. [Acesso em: 05/08/2010]. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/geral/manualinstrumentoavaliacao.pdf>.
18. Starfield B, Shi L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009. [Acesso em: 20/07/2010]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/pcpc/PCAT_PDFs/PCAT_Manual.pdf.

19. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
20. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
21. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2009;21:103-11.
22. Passarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. *Aten primaria*.2007; 39(8):395 403.
23. Pongpirul K, Starfield B, Srivanichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. *Int J Equity Health* 2009;8:8.
24. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.
25. Cunha, CRH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2006.
26. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703.
27. Kolling JHG, Fontanive PVN, Castro Filho ED, Harzheim E. Extensão dos atributos de atenção primária à saúde nas equipes de saúde da família do projeto Telessaúde de RS e seus determinantes de qualidade [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

28. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.24, suppl. 1 Rio de Janeiro, 2008.
29. Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2007.
30. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília; CONASS, 2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília; Ministério da Saúde; 2005. 36p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília; Ministério da Saúde, 2005. 108p
33. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, set, 2008.
34. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 11(3): 669-681.
35. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S69-S78, 2008.
36. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 11(3): 713-724.

37. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):643-655, 2006.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O que é AMQ? [Acesso em 02/02/2011]. <http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-OficinaSGP2-AMQ.pdf>
39. Altman, DG, Bland JM. Measurement in Medicine: the Analysis of Method Comparison Studies. *The Statistician*. 1983, 32: 307-317.
40. Altman, DG, Bland JM. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. Feb 8;1(8476):307-10. 1986.
41. Hirakata VN, Camey, SA. Análise de Concordância entre métodos de Bland-Altman. *Rev HCPA*; 29(3):261-268, 2009
42. Ribeiro EM, Chomatas ERV, Neto MC. Integralidade e redes de atenção básica e saúde da família: a experiência do município de Curitiba-PR. In: Fernandes AS, Seclen - Palacin JA (orgs). Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
43. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunnelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6(2): 116-23.
44. Cecilio, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997
45. Franco, TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.
46. Marques, GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1). [Acesso em: 05/02/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf.
47. Azevedo, ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação de mestrado]. Recife. FIOCRUZ, 2007. 177p

48. Harzheim, E, Starfield B; Rajmil, L; Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica. 2006, Ago; 22(8): 1.649-59.

Tabela 1: Itens e sua divisão por atributo após categorização dos padrões do AMQ segundo atributos essenciais e derivados da APS de Starfield.

Atributo	AMQ	PCATool
Acesso de primeiro contato	14 (10,3%)	9 (11,7%)
Longitudinalidade	20 (14,7%)	13 (16,9%)
Coordenação	18 (13,2%)	9 (11,7%)
Integralidade	51 (37,5%)	37 (48,1%)
Orientação familiar	2 (1,5%)	3 (3,9%)
Orientação comunitária	31 (22,8%)	6 (7,8%)
Total	136 (100%)	77 (100%)

Tabela 2: Comparação entre os valores para cada atributo em cada instrumento - Média (DP)

Atributos	PCATOOL	AMQ	Diferença #	Valor-p
Acesso	4,08 (1,1102)	8,90 (0,7693)	4,83 (1,2942)	0,0000 ^D
Longitudinalidade	7,70 (0,8523)	8,58 (1,1151)	0,89 (1,3399)	0,0002*
Coordenação	8,14 (0,5469)	8,83 (0,8431)	0,69 (0,9333)	0,0000*
Integralidade	8,38 (0,4729)	8,57 (0,9827)	0,19 (0,8735)	0,1898*
Orientação Comunitária	8,94 (0,6800)	8,17 (1,1784)	-0,77 (1,2163)	0,0004*
Orientação Familiar	9,76 (0,4233)	9,28 (1,4321)	-0,48 (1,5554)	0,0840 ^D
Essencial	7,09 (0,4077)	8,72 (0,7616)	1,65 (0,7081)	0,0000*
Derivado	9,35 (0,4135)	8,73 (1,0917)	-0,61 (1,1972)	0,0090 ^D
Geral	7,84 (0,3379)	8,72 (0,8409)	0,89 (0,8151)	0,0000*

Diferença média (viés) entre os resultados dos dois instrumentos pelo método Bland-Altman

* Significância estatística pelo teste t para amostras emparelhadas

D Significância estatística pelo teste Wilcoxon para amostras emparelhadas

Gráfico 01 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo acesso

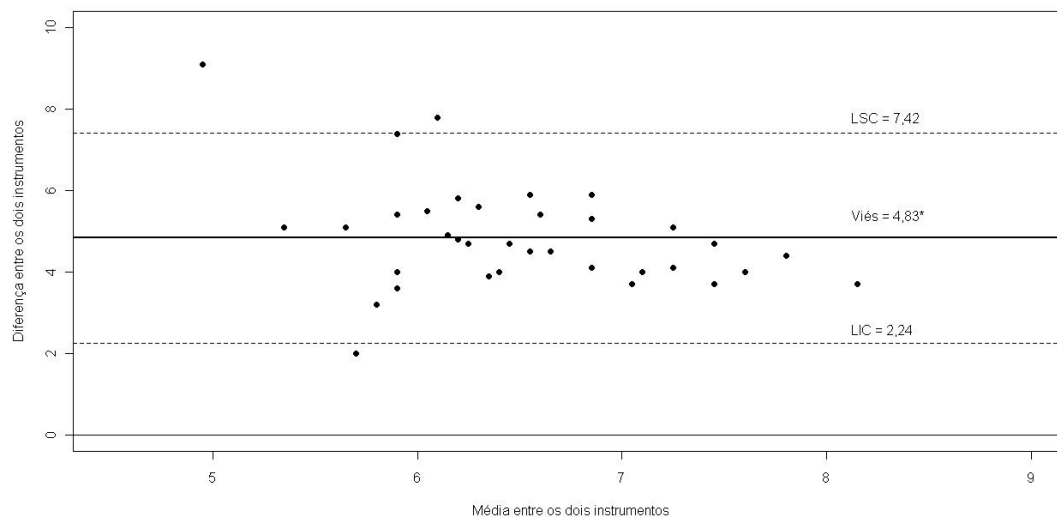


Gráfico 02 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo Longitudinalidade.

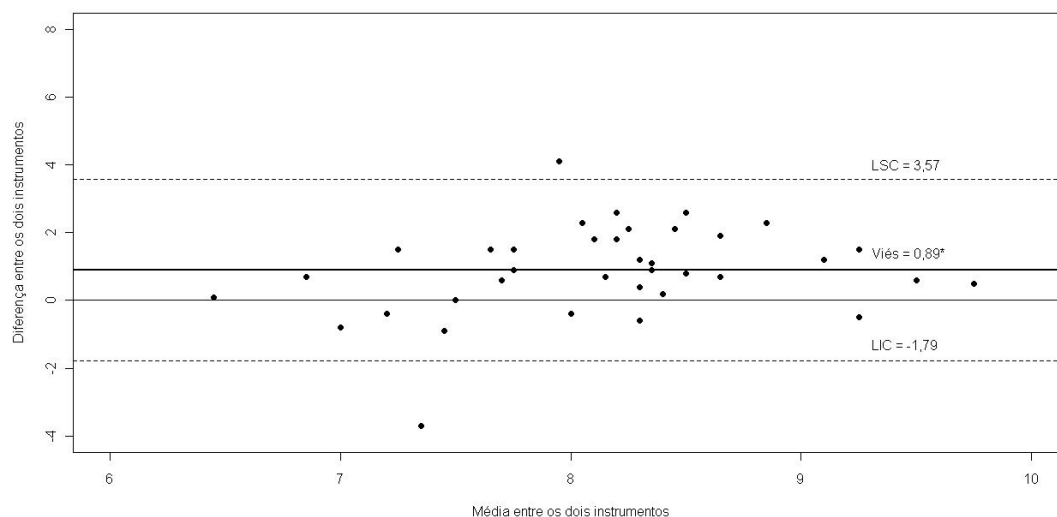


Gráfico 03 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo Coordenação

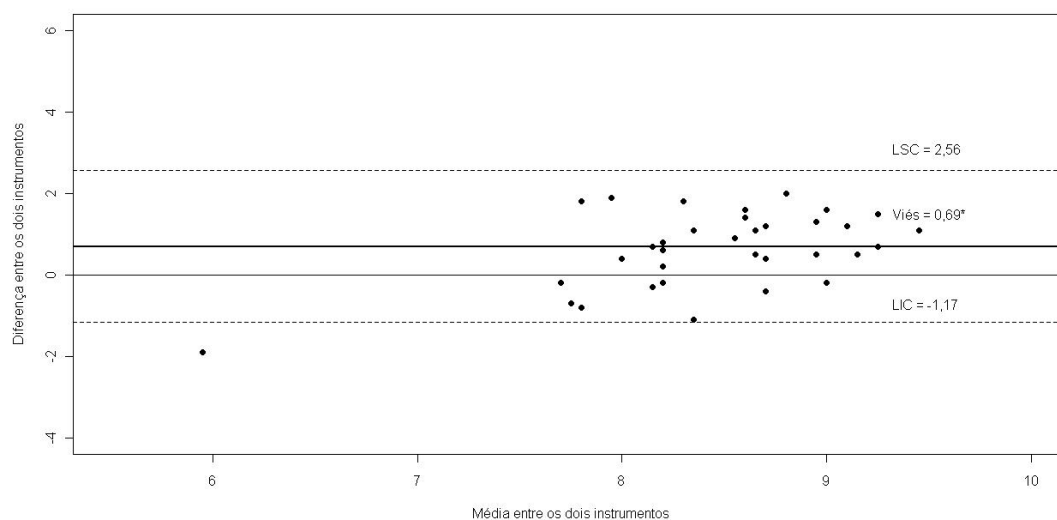


Gráfico 04 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo Integralidade.

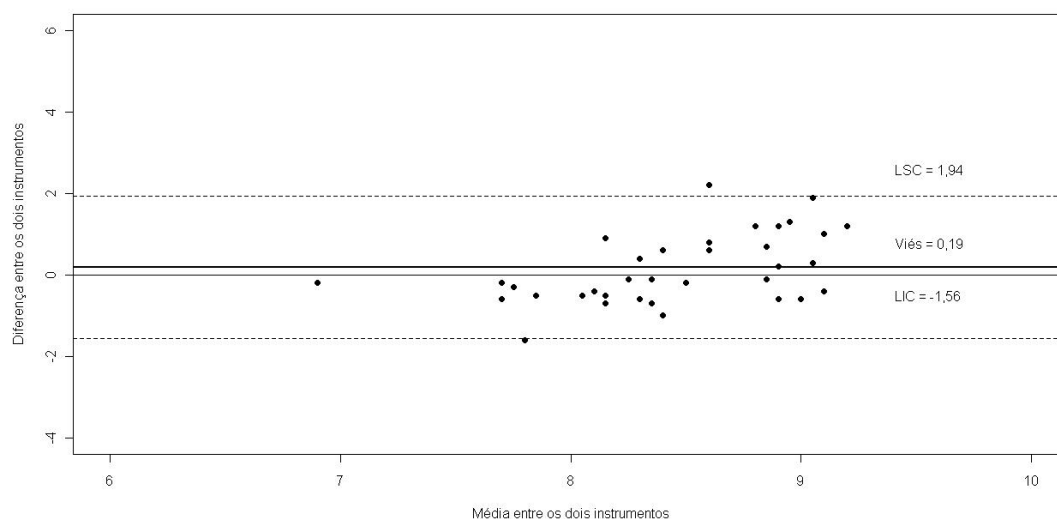


Gráfico 05 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo Orientação Comunitária

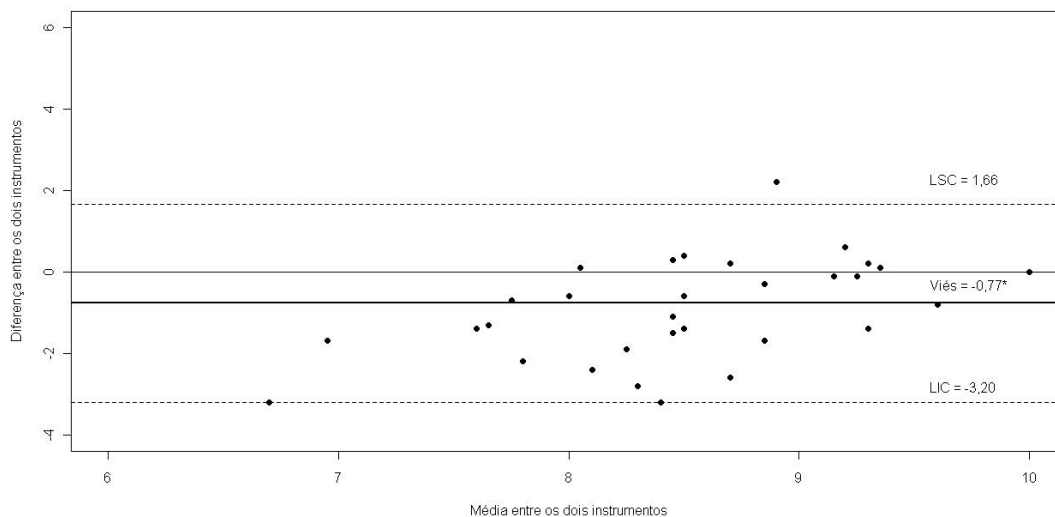


Gráfico 06 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool - atributo Orientação Familiar.

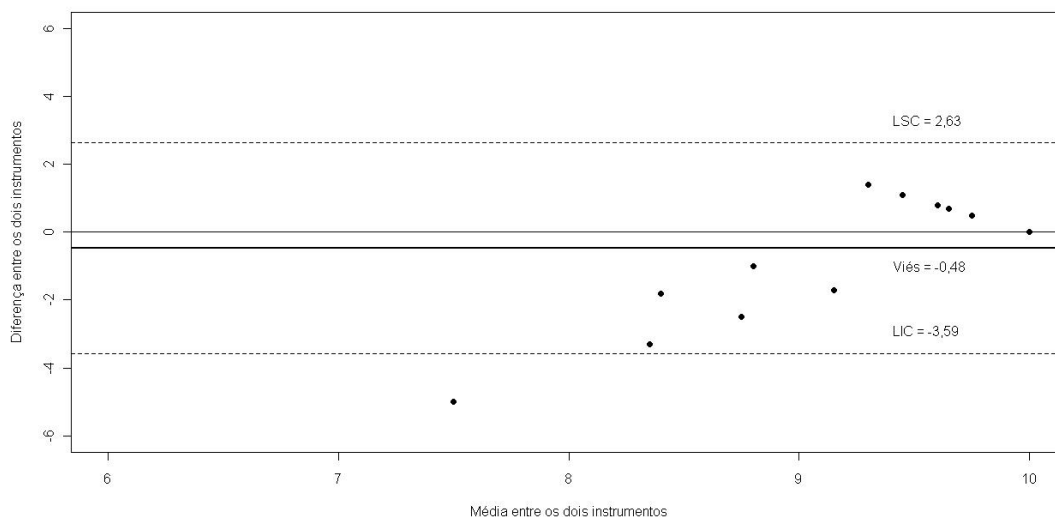


Gráfico 07 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool – Escore Essencial

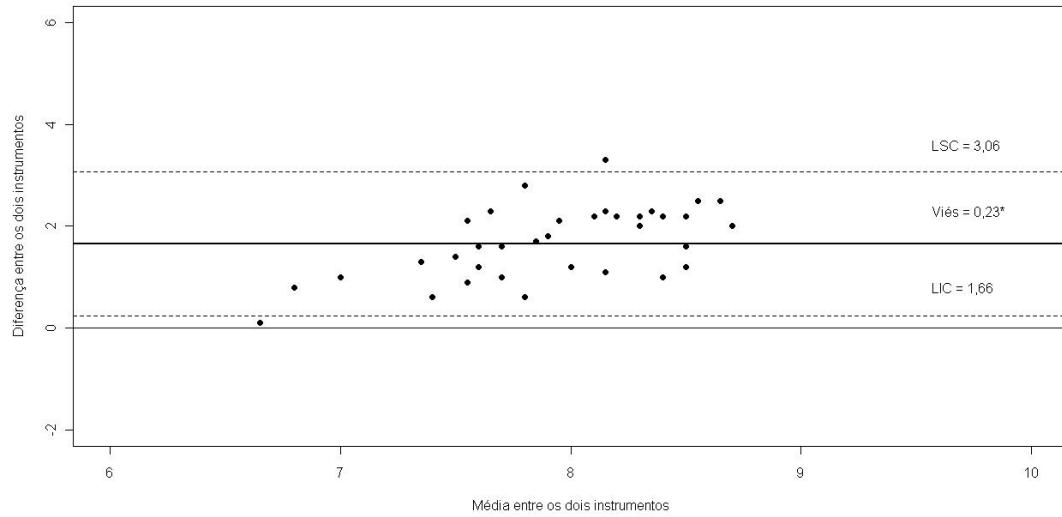
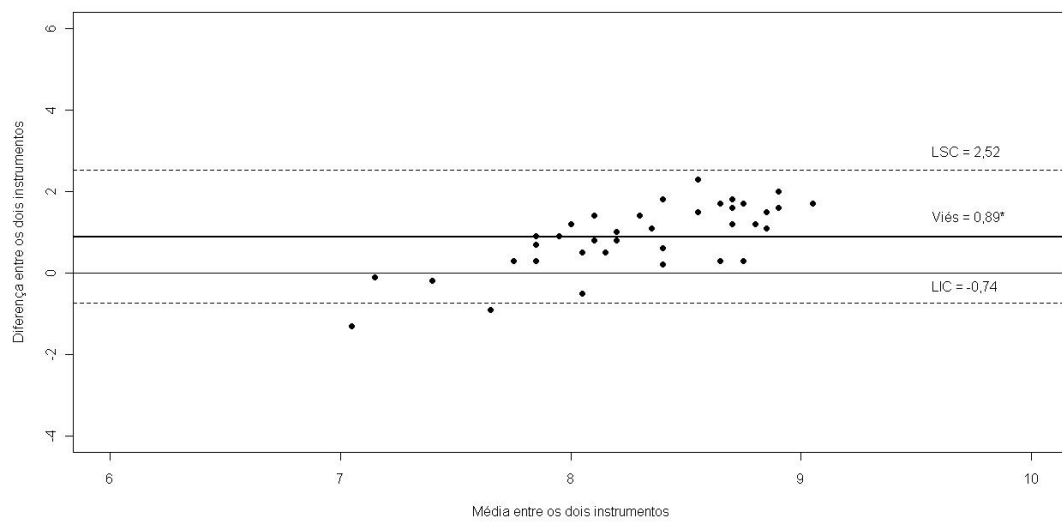


Gráfico 08 – Análise de concordância através do método de Bland-Altman entre os instrumentos AMQ e PCATool – Escore Geral.



7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está em curso no Brasil um processo de expansão da Atenção Primária que ampliou o acesso a serviços de APS para mais de metade da população brasileira, despertando interesse internacional. Diante da dimensão deste processo, é essencial compreender suas fragilidades e potencialidades para definir os rumos a serem tomados. Desta forma, faz-se necessário desenvolver e consolidar estratégias confiáveis de avaliação destes serviços.

O presente estudo analisou o grau de concordância entre dois instrumentos de avaliação da APS no Brasil: o AMQ e o PCATool. Buscava desenvolver uma forma alternativa de avaliação dos atributos da APS através do AMQ, por ser este um dos componentes da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica implantado num número considerável de municípios. Ressalta-se ainda que esta pudesse ser uma forma indireta de validação do AMQ já que não existem estudos associando o AMQ com desfechos positivos em saúde e que existem evidências de que serviços com escores altos no PCATool estão associados a melhores resultados.

Apesar da baixa concordância e da impossibilidade de uso do AMQ para a avaliação dos atributos da APS, as informações aqui presentes possibilitam reflexões importantes sobre a avaliação da APS em nosso país. Um aspecto a ser apontado é que no Brasil o processo de avaliação da APS ainda é muito recente e a cultura da avaliação ainda não foi internalizada efetivamente pelos gestores e trabalhadores como parte do processo de construção do sistema de saúde. Desta forma, mesmo o AMQ, proposto como um instrumento de abrangência nacional, ainda apresenta uma baixa adesão ao seu uso, o que em última instância retrata um valor de uso ainda restrito da avaliação no processo de trabalho de gestores e trabalhadores.

Ressalta-se a necessidade de validação do AMQ, pois apesar de ter se tornado uma ferramenta para uso nacional, ainda não há evidências concretas de que atingir os padrões pré-definidos se traduzirá em benefícios reais a população. Torna-se necessário analisar também o impacto do uso padrões de análises baseados em aspectos normativos da Política Nacional da Atenção Básica, pois podem determinar

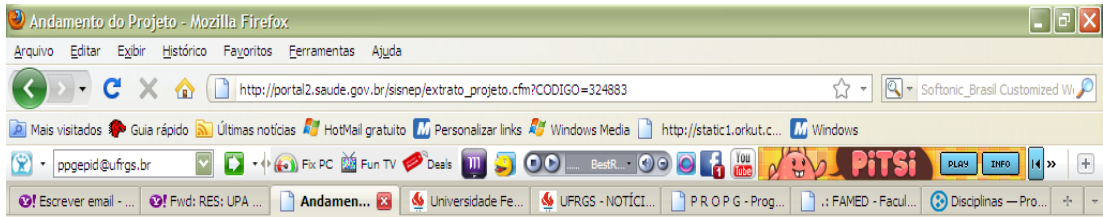
uma superestimação dos resultados, conforme observado nos escores dos atributos essenciais. Desta maneira, sugerem-se estudos subsequentes, de base populacional para a validação do AMQ enquanto instrumento de avaliação da qualidade da APS.

Embora não fosse o objetivo desta pesquisa avaliar a eficácia dos métodos de avaliação, é importante salientar que diante das evidências atuais o PCATool apresenta-se como ferramenta de maior potencialidade para a avaliação da APS e que pode ser utilizado em novos estudos, inclusive para avaliar se uma maior presença de atributos na APS estão associados a melhores resultados ou se os avanços obtidos e demonstrados em alguns estudos restringem-se as diferenças existentes entre a Atenção Básica Tradicional e a Estratégia Saúde da Família.

ANEXOS

- A. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- B. Questionários – PCATool–Brasil Versão profissionais
- C. Questionários – AMQ Instrumento 4 - Consolidação do Modelo de Atenção.
- D. Questionários – AMQ Instrumento 5: Atenção à Saúde

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA



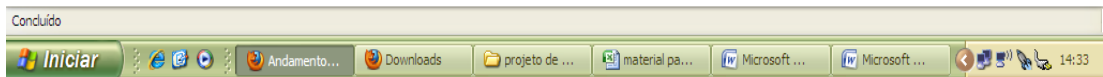
Andamento do projeto - CAAE - 0014.0.085.165-10

Título do Projeto de Pesquisa
Correlação entre instrumentos de Avaliação da Atenção Primária no município de Curitiba: AMQ e PCATool.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	26/03/2010 10:06:16	29/04/2010 11:41:56		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	29/04/2010 11:41:56	Folha de Rosto	32/2010 b	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	16/03/2010 23:03:31	Folha de Rosto	FR324883	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/03/2010 10:06:16	Folha de Rosto	0014.0.085.165-10	CEP

[Voltar](#)



ANEXO B – PCATool- Brasil Versão Profissionais
(Versão utilizada na pesquisa de Chomatas et al.)



--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Identifique-se e diga: "Este questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas em que nos referimos a "seu serviço de saúde", estas se referem a você e às pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelos médicos e enfermeiros do seu serviço. Não há respostas certas ou erradas."
(Não esqueça do TCLE)

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

IA1. Data de aplicação do questionário: / /

IA2. Código do Distrito Sanitário

IA3. Código da Unidade de Saúde

IA4. Tipo de serviço de saúde:

ESF US tradic.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DI1 Sexo Masculino Feminino

DI2. Data de Nascimento / /

DI3. Qual você diria que é a cor da sua pele ou sua raça? **(Ter as alternativas)**

Negra Branca Amarela Parda Indígena

DI4. Você é:

Casado(a)/Tem companheiro/Ajuntado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)/Vive sozinho

Separado(a)/Divorciado(a)

DI5. Qual a sua profissão? Médico(a) Enfermeiro(a)

DI6. Qual a data de conclusão do curso?

/

DI7. Você possui alguma especialidade? Sim Não **(Pular para DI9)**

Identificação

DI8. Qual especialidade? Qual o ano de término?

- Medicina de Família (residência) Ano.....
- Medicina de Família (prova de título) Ano.....
- Clínica médica (residência ou prova de título) Ano.....
- Pediatria (residência ou prova de título) Ano.....
- Saúde Pública (curso de especialização) Ano.....
- Saúde de família (especialização) Ano.....
- Ginecologia (residência ou prova de título) Ano.....
- Enfermagem comunitária (especialização ou residência) Ano.....
- Medicina Preventiva e Social (residência) Ano.....

Identification box with four empty cells.

- Residência Multiprofissional Ano.....
- Outras Ano.....

DI9. Em quantos locais você trabalha?

Single digit input box.

DI10. Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho?

Two digit input box labeled "Horas/semana".

DI11. Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde?

Two digit input box for "anos" and two digit input box for "meses".

DI12. Há quanto tempo você trabalha na SMS Curitiba?

Two digit input box for "anos" and two digit input box for "meses".

DI13. Neste serviço de saúde, qual sua carga horária semanal? (Favor estimar)

Two digit input box labeled "Horas".

DI14. Neste serviço de saúde, qual é o número médio de consultas por semana que você atende? (Favor estimar)

Three digit input box labeled "Consultas".

DI15. Qual a porcentagem aproximada de consultas por idade?

- Idade de 0 a 12 anos % Idade de 41 a 60 anos %
- Idade de 13 a 20 anos % 61 anos ou mais %
- Idade de 21 a 40 anos %

Identificação

D116. Qual a porcentagem da sua carga horária semanal que você dedica a cada uma destas atividades ?

Educação

Visitas

reuniões

Comunitária(grupos)

visitas domiciliares

consultas demanda espontânea U.S

Consultas programadas

Discussão caso com equipe

D117. Qual o grau de satisfação com o seu trabalho neste serviço de saúde? (use o Cartão de Respostas nº 2)

" Carinha" A B C D E

D118. Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde?(use o Cartão de Respostas nº2)

" Carinha" A B C D E

D119. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde? (use o Cartão de Respostas n 2)

" Carinha" A B C D E

D120. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde? (use o Cartão de Resposta nº 2)

" Carinha" A B C D E

Identificação

--	--	--	--	--

C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Indique a melhor resposta

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
C1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C2. Seu serviço de saúde está aberto pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço poderia atendê-lo naquele dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço poderia atendê-lo naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
C9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira (sem contar a triagem ou o acolhimento) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

D. ATENDIMENTO CONTINUADO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
D1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeira ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D3. Você acha que seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D4. Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeira que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D5. Você acha que dá aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D7. Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D9. Você acha que entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D10. Você acha que conhece o histórico médico completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D11. Você acha que sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
D13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

							Identificação					
E. COORDENAÇÃO												
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder						
E1. O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E3. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E4. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E5. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E6. Você recebe do especialista ou serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
E7. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMACÕES)												
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder						
F1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletim de atendimento de emergência ou nota de alta hospitalar) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
F2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						
F3. Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>						

6/15

54912

06771

Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Identificação					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
F9. Outros (Favor especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde						
G1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G3. Verificação das famílias que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G4. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Identificação

Por favor, indique a melhor opção

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?						
G9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G11. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G13. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G14. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G16. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G17. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G18. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex. coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
G22. Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

0849206773

H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18).

Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?						
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?						
H3. Uso de cintos de segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H4. Abordagem de conflitos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H6. Níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H7. Medicações em uso	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenção de quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?						
H14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
H18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
I1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
I2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
I3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?						
14. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
15. Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
16. Discussão sobre recursos económicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
17. Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
18. Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
19. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
110. Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
111. Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
112. Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
113. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
114. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

K.COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
K1. Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular, tais como ervas/medicamentos caseiros?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K2. Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
K3. Treinamento da equipe por instrutores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K4. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K5. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K6. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K7. Planejamento de serviços que reflitam diversidade cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
K8. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/>					

AVALIAÇÃO DE ESTADO MOTIVACIONAL

Identificação

AV1. O serviço de saúde em que você trabalha possibilita / oferece educação continuada ?

Sim Não Não sei

AV2. No último ano, você realizou algum tipo de atualização / capacitação na sua área de atuação?

Sim Não **(Pular para pergunta AV4).**

AV3. Que tipo de atualização / capacitação você realizou?

Congressos	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não																																									
Curso de Especialização	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não																																									
Ensino a distância(internet,correio)	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não																																									
Capacitação em serviço	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não																																									
Outros, qual(is)?	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												

V4. Na comunidade em que você trabalha, qual é o grau de violência percebido por você?

Muito alto Alto Médio Baixo Muito baixo

AV5. Qual seu grau de concordância com as afirmações abaixo relativas ao seu trabalho nesta equipe de saúde:

(Use o Cartão Resposta nº 2)

a. Tenho vontade de me esforçar.

Conc. plenamente Conc. parcialmente Indiferente Disc. parcialmente Disc. plenamente

b. Tenho vontade de ser criativo

Conc. plenamente Conc. parcialmente Indiferente Disc. parcialmente Disc. plenamente

c. Sinto-me orgulhoso com o trabalho que realizo

Conc. plenamente Conc. parcialmente Indiferente Disc. parcialmente Disc. plenamente

d. Estou satisfeito com o trabalho que realizo.

Conc. plenamente Conc. parcialmente Indiferente Disc. parcialmente Disc. plenamente

AV6. Nós temos conhecimento que o financiamento é o principal problema que necessita ser solucionado. Mas, além de financiamento, há outros recursos que seu posto de saúde necessita para prestar uma atenção primária adequada a sua comunidade? Cite os principais recursos necessitados:

ANEXO D – AMQ – Instrumento 4 – Consolidação do modelo de Atenção

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 frequentes.	(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)
<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>			

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>			

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.			

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 padrã			

ANEXO E – AMQ – Instrumento 5 – Atenção à Saúde

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

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

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.			

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)
O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 5 e 10 anos e acompanhá-la por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao C & D e imunização, no mínimo. Considerar pelo menos uma avaliação anual para crianças entre 5 e 10 anos.			

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

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

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

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

Saúde dos Adolescentes

Q Desenvolvimento

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

Q Consolidada

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

Q Boa

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

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

Q Avançada

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

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

Saúde de Mulheres e Homens Adultos

Q Elementar

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

5.32	E	Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco.	(S) (N)
O pré-natal de baixo risco, com oferta de consultas, exames laboratoriais de rotina e imunização antitetânica, realizado de maneira alternada e complementar (consultas médica e de enfermagem), é considerado uma das ações mais elementares da Atenção Básica, impactando de maneira muito positiva sobre os indicadores materno-infantis. Preconiza-se a realização de 4 a 6 consultas. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta do feto (após 4º mês).			

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

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

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

Q Desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

Q Consolidada

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

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

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

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

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

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

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

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

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.			