

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

GRAZIELLE NEVES SOARES FONSECA

**O projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) como instrumento de
gestão para a mudança do processo de trabalho**

BELO HORIZONTE
2010

GRAZIELLE NEVES SOARES FONSECA

O projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) como instrumento de gestão para a mudança do processo de trabalho

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Eliane Marina Palhares Guimarães

BELO HORIZONTE
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Grazielle Neves Soares Fonseca

O projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) como instrumento de gestão para a mudança do processo de trabalho

Monografia aprovada em ____/____/____ para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Nome do Professor(a) Orientador(a)

Nome do Professor(a) de Monografia

Nome do Professor(a) Convidado(a)

DEDICATÓRIA

*Aos meus filhos pela ausência em alguns momentos de suas vidas;
À minha família pelo apoio incondicional;
Aos usuários do SUS, razão do meu trabalho e motivação para o crescimento
profissional.*

AGRADECIMENTOS

A Prefeitura de Belo Horizonte pela oportunidade de formação e aquisição de conhecimento; ao Distrito Sanitário Noroeste pelo referencial disponibilizado; aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Jardim Alvorada e Centro de Saúde Visconde do Rio Branco pelo apoio nos momentos mais difíceis e sensibilidade na aplicação dos questionários.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e comparativo, com abordagem quanti-qualitativa, cujos dados foram extraídos de duas avaliações ocorridas nos anos de 2008 e 2010, com base nos instrumentos IV e V do projeto Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ) criado em 2005 pelo Ministério da Saúde cujo objetivo é avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios brasileiros e impulsionar o seu crescimento. É uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade, que avalia estrutura, processos e resultados e possui como diretrizes o processo de auto-avaliação, livre adesão pelos gestores, ausência de premiações ou punições relacionadas ao resultado bem como a privacidade das informações. Na aplicação dos questionários uma resposta afirmativa ao quesito avaliado considera um avanço no padrão de qualidade, que podem variar de elementar a avançado, nos diversos grandes grupos de avaliação. Observou-se nestes dois anos um avanço significativo nas questões relacionadas à organização do trabalho (de 25% para 52% de respostas afirmativas), acolhimento (de 62,5% para 93,75% de respostas afirmativas) e vigilância à saúde (de 42,85% para 85,71% de respostas afirmativas). Em contrapartida os itens promoção à saúde e controle social não ocorreram variações significativas, com um percentual pequeno de respostas afirmativas, o que mostra a necessidade de investir nestes quesitos. Nos grupos prioritários criança, adolescentes, mulheres, homens adultos e idoso pode-se afirmar que ocorreu um aumento da cobertura das ações de puericultura e vacinação nos menores de cinco anos, porém o grupo dos adolescentes não sofreu impacto com as intervenções. Quanto ao adulto observou-se a necessidade de aprimorar as ações de vigilância à saúde, realizando busca ativa de mulheres com exames alterados e captação dos homens a realizarem avaliação de saúde. A faixa etária dos idosos também sofreu pouco impacto, mas tem sido alvo de discussões na Unidade referente aos cuidados e crescente demanda por serviços. Em uma avaliação global, levando em conta os dois cadernos avaliados (IV e V) foi possível concluir que no decorrer dos dois anos o serviço avançou em alguns

aspectos, resultantes ou não da avaliação anterior e de suas matrizes de intervenção. Através disso pode-se perceber que necessário se torna uma nova elaboração de matrizes e a implementação das ações que proporcionem melhorias. O AMQ também se mostra como uma importante ferramenta de gestão institucionalizada e sistemática dos serviços, sendo passível de acompanhamento por todos os níveis de gerenciamento e até mesmo para a população em geral, necessitando ser pactuada e inserida na rotina dos municípios, proporcionando uma metodologia de avaliação contínua e planejamento das ações para melhoria da assistência na APS. Descritores : Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive, retrospective, comparative approach with quantitative and qualitative, and data were extracted from two assessments occurred in the years 2008 and 2010, based on the instruments IV and V of the project evaluation for quality improvement (AMQ) created in 2005 by the Ministry of Health which aims to assess the Primary Health Care (PHC) in Brazilian cities and boost their growth. It is a methodology for self-management or internal management processes of continuous quality improvement, which assesses the structure, processes and outcomes as guidelines and has the self-assessment, free membership by managers, lack of rewards or penalties related to income and the information privacy. For the implementation of an affirmative answer to the questionnaires assessed parameter considered a breakthrough in quality standards, which vary from elementary to advanced, in several large groups of evaluation. Observed in these two years significant progress on issues related to work organization (25% to 52% of affirmative answers), host (from 62.5% to 93.75% of positive answers) and health surveillance (for 42.85% to 85.71% affirmative responses). In return the items to promote health and social control has not changed significantly, with a small percentage of positive responses, which shows the need to invest in these

items. The priority groups children, adolescents, women, men, adults and elderly can be said that there was an increase in the coverage of the shares of baby care and immunization among children under five years, but the group of adolescents has not been impacted by the interventions. As for adults there was the need to enhance the action of health surveillance, conducting an active search for women with abnormal tests and capture the men to conduct health assessment. The ages of the elderly also suffered little impact, but has been under discussion in the Unit relating to care and increasing demand for services. In an overall assessment, taking into account the two notebooks assessed (IV and V) it was concluded that during the two years the service has advanced in some respects, whether or not derived from the previous assessment and intervention from its headquarters. Through this we can see that it becomes necessary to draw up a new headquarters and implementing actions that provide improvements. The AMQ also appears as an important management tool institutionalized and systematic wa1services, being subject to monitoring by all levels of management and even the general population that needed to be agreed and incorporated into the routine of the cities, providing a methodology continuous assessment and planning of actions to improve care at PHC. Descriptors: Family Health Primary Health Care, Health Services Evaluation, Quality Assurance, Health Care, Health Evaluation, Management in Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 O instrumento AMQ.....	11
1.2 A experiência da ferramenta AMQ no Brasil.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. ANÁLISE DOS DADOS.....	21
5.1 Organização do trabalho em saúde da família.....	21
5.2 Acolhimento, Humanização e Responsabilidade.....	22
5.3 Ações de Promoção da Saúde.....	23
5.4 Participação Comunitária e o Controle social.....	25
5.5 Vigilância à saúde I: Ações gerais da ESF.....	25
5.5.1 Saúde da Criança.....	27
5.5.2 Saúde do Adolescente.....	27
5.5.3 Saúde das Mulheres e Homens Adultos.....	27
5.5.4 Saúde do Idoso.....	28
5.5.5 Vigilância a saúde II - Doenças Transmissíveis.....	28
6. CONCLUSÃO.....	29
7. REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) implantado em Belo Horizonte desde 2003, com amplo funcionamento nos últimos anos, abrangendo uma cobertura de cerca de 70% dos domicílios, o que concorreu para o surgimento de uma nova especialidade nos cursos da saúde: a Saúde da Família e Comunidade.

É uma modalidade do cuidado onde o vínculo e a centralização familiar são pilares da atenção, orientada pelos conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. A Unidade Básica de Saúde (UBS) torna-se a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, e este busca corresponder à demanda com a resolução de aproximadamente 85% dos casos (Takeda, 2007).

A necessidade de aprofundar os conhecimentos na área de avaliação do cuidado em saúde tornou-se objetivo do presente estudo, desenvolvido no período de agosto de 2008 a junho de 2010, como parte avaliativa do curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pelo NESCON/UFMG.

No decorrer das disciplinas foi possível comparar a situação ideal ou de referência à realidade encontrada nos serviços da APS, identificada através de padrões mínimos de qualidade no atendimento, como consultas mínimas preconizadas, grupos de educação em saúde, capacitação permanente, entre outros temas.

Cabe ressaltar que esse modelo de atenção é diferenciado, pois o paciente está vinculado ao serviço e sempre retornará à sua equipe de referência, sendo a assistência avaliada cotidianamente por todos os atores envolvidos no processo. Torna-se necessário um método capaz de avaliar quanti-qualitativamente a APS, abrangendo estrutura e processo, envolvendo todos os níveis de gerenciamento, desde a equipe de Saúde da Família (ESF) até o Ministério da Saúde (MS).

Segundo Silva (1994), a prática de avaliar é dificultada pela diversidade terminológica encontrada nos diversos enfoques teóricos sobre o tema, bem como, ausência de incentivo para esse processo.

Afirma Adami (1995) que a qualidade é o requisito indispensável à sobrevivência econômica das instituições e ainda uma responsabilidade ética e social. Acrescenta ainda, que assistência de qualidade é aquela que aumenta as probabilidades de êxito e reduz as indesejáveis.

Donabedian citado por Adami, (1995), um grande teórico no tema abordado propôs três componentes para a avaliação do cuidado em saúde: estrutura, processos e resultados, indicando que a melhor estratégia para avaliação de qualidade seria a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens acima.

Reis e col. (1990) acrescentam que esta avaliação comporta ainda duas dimensões: a do desempenho técnico do profissional e a da sua relação pessoal com o paciente, o que na APS tem total relevância, visto o vínculo como um dos pilares dessa assistência.

Cianciarullo, citado por Montes (2001) afirma que há diferenças a serem observadas nos serviços e que há métodos de avaliação adequados a cada um. O projeto Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ) surge como uma ferramenta que contempla essas exigências, pois é um método voltado exclusivamente para a APS, e o que se pretende com este trabalho é verificar sua efetividade como instrumento capaz de proporcionar mudanças nos processos que levem a uma melhoria da qualidade da assistência à saúde.

1.1 O instrumento AMQ

O projeto AMQ foi desenvolvido em 2005 pelo MS considerando a consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) como modelo para a APS no Sistema Único de Saúde (SUS). É uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade, que avalia estrutura, processos e resultados.(MS, 2005)

Possui como diretrizes o processo de auto-avaliação, livre adesão pelos gestores, ausência de premiações ou punições relacionadas ao resultado e a privacidade das informações.

É um questionário sintético, de fácil aplicação voltado a todos os níveis de gestão e assistência relacionadas à Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivo principal avaliar a APS nos municípios brasileiros e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão e práticas dos serviços. Cogita-se também sobre sua importância na inserção do quesito qualidade como espaço de discussão no cenário das equipes de saúde da família, identificando pontos críticos e propondo melhorias através das matrizes de intervenção.

A qualidade em saúde é um tema muito abrangente, avaliada constantemente de forma não sistematizada e intencional sempre que prestamos assistência ou somos assistidos, sendo provável julgamento de valores acerca do atendimento prestado. Na grande maioria, por mais notório, percebemos a ausência de qualidade do que sua excelência.

Mais complicado ainda do que julgar se definir o que é qualidade em saúde, isso porque este conceito pode variar de acordo com a cultura local, pessoas envolvidas, tipo de organização da sociedade, contexto situacional e ainda pela lacuna existente entre o que é desejado e o disponível. Há de se refletir, portanto: “qual é a qualidade que buscamos?”, o MS (2005, pág 5.), define como sendo:

“o grau de atendimento a padrões (de qualidade) baseados nas diretrizes estabelecidas para o SUS e para a Estratégia Saúde da Família, assim também como nas necessidades de saúde e expectativas dos usuários, suas famílias e comunidade; considerando-se os profissionais envolvidos na intervenção e respeitando os conhecimentos técnicos científicos atuais de acordo com as normas e valores culturalmente aceitos”,

O padrão de qualidade é uma referência esperada para um determinado aspecto do serviço ou das práticas. Para o MS (2005) os padrões devem ser abrangentes (visão da teoria: estrutura, processos e resultado), sensíveis à mudança e de fácil aplicação.

No AMQ esses padrões se apresentam de maneira processual, passando do mais simples ao mais complexo, do elementar ao avançado. O padrão é então expressado e comentado em seguida com a opção de resposta afirmativa (SIM) ou negativa (NÃO), considerando que a resposta afirmativa considera que o padrão foi atingido e caso negativo são traçados planos de ação para avanço e

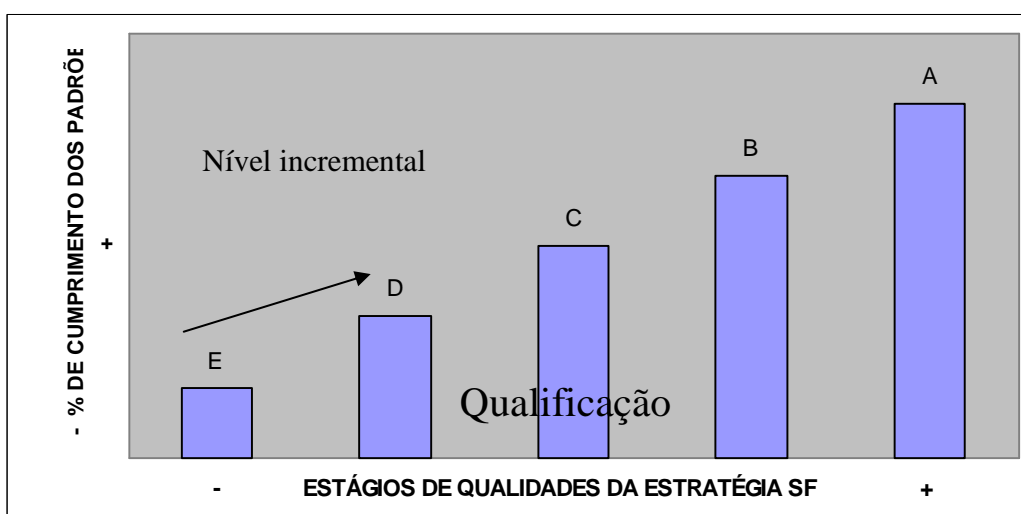
melhoria no padrão em questão. O AMQ considera positividade no padrão apenas se forem cumpridos todos os itens relacionados no comentário.

As dimensões avaliadas estão divididas nos seguintes padrões, conforme MS (2005) relaciona:

- Padrões do Estágio E: Qualidade elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da ESF);
- Padrões do Estágio D: Qualidade em desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho)
- Padrões do Estágio C: Qualidade consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações)
- Padrões do Estágio B: Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados)
- Padrões do Estágio A: Qualidade Avançada (coloca-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

Os padrões comentados variam de forma decrescente como representado no gráfico a seguir:

Gráfico 1: Estágios de qualidade



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação para Melhoria da Qualidade, Qualificação da Estratégia Saúde da Família, Manual Preliminar. Brasília, 2005.

A implantação do AMQ envolve etapas como a auto-avaliação para diagnóstico inicial, intervenções para melhoria dos processos (planos de ação), revisão das auto-avaliações e verificação dos avanços e validação das propostas, sendo este último como uma confirmação dos processos anteriores em comum entre as partes, mas ainda não executado.

Os questionários devem ser executados em todas as esferas de gestão e trabalho, propondo ainda o registro das avaliações no *site* do MS, vinculado ao departamento de Atenção Básica, ficando disponível para consulta e evolução.

Segundo MS (2005) os instrumentos previstos para a auto-avaliação compõem-se de cinco cadernos explicitados abaixo:

- Instrumento I: Gestão da Saúde da Família - parte I, a ser respondido pelo Secretário Municipal de Saúde e /ou sua equipe; envolve questões políticas de cunho institucional. Exemplo: Item G3 E (G refere-se à gestão, E ao padrão elementar): Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4.500 pessoas. Comentário: É recomendável que, para garantir um trabalho de qualidade, cada equipe trabalhe com uma população adscrita entre 2.400 a, no máximo, 4.500 pessoas.
- Instrumento II: Gestão da Saúde da Família - parte II, a ser respondido pelos coordenadores ou responsáveis pelo acompanhamento das equipes, no caso de Belo Horizonte, os distritos sanitários; aborda ações de acompanhamento, apoio técnico, planejamento, educação permanente, avaliação e normatização. Exemplo: C1 E (C refere-se à coordenação e E ao padrão elementar): A SMS possui uma coordenação específica para a Atenção Básica e ou SF. Comentário: Padrão auto-explicativo.
- Instrumento III: Unidade Saúde da Família, respondido pelo gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS); engloba avaliação da estrutura física,

equipamentos, conservação e funcionamento da UBS, organização dos espaços e suprimento de materiais e insumos. Exemplo: U15 C (U refere-se à Unidade e C ao padrão consolidado): A UBS está preparada para atendimento de emergências. Comentário: O padrão refere-se à UBS possuir ambú, máscara, cânula de guedel, jelco, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratórias.

- Instrumento IV: Equipe Saúde da Família – parte I, abordam ações globais e processos de trabalho específicos desenvolvidos pelos membros das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). O eixo norteador é o trabalho da equipe multiprofissional junto a uma população adscrita do território. É realizado por todos os membros da equipe e consideram questões relativas ao vínculo, continuidade do cuidado, humanização do atendimento, participação comunitária e controle social. Exemplo: E3 E (E refere-se à Equipe e elementar respectivamente): A ESF elabora cronograma de trabalho mensalmente. Comentário: O padrão refere-se à ação preconizada de que seja elaborado um cronograma mensal de trabalho prevendo as ações a serem desenvolvidas pela ESF.
- Instrumento V: Equipe Saúde da Família – parte II, dirigido especialmente aos profissionais de nível superior das equipes; aborda os processos de organização do cuidado e os resultados específicos daquelas ações desenvolvidas pelos profissionais. Os eixos norteadores são considerados os ciclos de vida como infância, juventude, adulto e maturidade. Exemplo: E 76 B (E refere-se à Equipe e B padrão Boa): Todos os óbitos neonatais ocorridos nos últimos 12 meses, foram investigados. Comentário: O padrão refere-se à investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1500 g. As orientações para a investigação estão descritas no *Manual dos comitês de prevenção ao óbito infantil e fetal* do MS publicado em 2004.

Optamos neste trabalho por priorizar os cadernos IV e V, por estarem diretamente relacionados à governabilidade da ESF, lembrando que estes

instrumentos foram aplicados na cidade de Belo Horizonte no ano de 2008, não sendo ainda adotado como ferramenta oficial de avaliação e avanço na qualidade da APS.

1.2 A experiência da ferramenta AMQ no Brasil

Em 2007 a Revista Brasileira de Saúde da Família (2007) publicou os primeiros resultados do AMQ nos municípios que implantaram esta metodologia. Mesmo com a notável efetividade do instrumento este tem entrado em desuso com o passar dos anos.

O AMQ teve seu auge em 2006 quando mais de 542 municípios aderiram ao projeto, concentrando-se em maior parte no nordeste brasileiro, mas apenas 84 destes concluíram todas as fases do processo (sensibilização, capacitação, preenchimento dos cadernos, alimentação do aplicativo informatizado e realização das matrizes de intervenção), o que validou o projeto piloto até então utilizado.

Segundo MS (2007), em 2009, este número subiu para 1047 municípios cadastrados e, destes, 229 finalizaram a primeira avaliação, decrescendo este número para avaliações seguintes.

O depoimento dos participantes relata que o AMQ demonstra o fortalecimento do SUS e os caminhos que ainda serão traçados para o avanço da APS, estimula os municípios ao exercício da avaliação, valoriza o trabalho em equipe e melhora a integração com usuário e comunidade (MS, 2007).

No estado do Espírito Santo, um dos pioneiros na implantação do AMQ, atingiu-se uma cobertura de 100% das equipes que avaliaram e elaboraram o diagnóstico situacional, mostrando que o instrumento é capaz de se revelar como uma ferramenta poderosa de mudanças positivas (MS, 2007).

Em Santa Catarina foi atingido um patamar de 49 municípios cadastrados, sendo que 8 destes concluíram a primeira etapa avaliativa, relatando o AMQ como um importante momento de reflexão e análise da inserção da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS.

2. JUSTIFICATIVA

A partir das questões levantadas durante o curso de Especialização em Saúde da Família, suscitadas a partir de leituras e discussões, mostrou-se necessária uma metodologia que inserisse a avaliação como rotina nas ESF e que servisse de base para o avanço na estrutura e no processo de trabalho.

Segundo Takeda (2007) avaliar é uma responsabilidade e não podemos deixar de exercê-la, é também uma forma de participação no processo de construção e aperfeiçoamento do SUS, e assim, torna-se necessário isentá-la de culpa e reafirmar sua finalidade de melhoria da assistência prestada.

O AMQ se mostra inicialmente como uma ferramenta capaz de acompanhar o processo de melhoria da qualidade da APS, necessitando refletir sobre sua aplicação no serviço, embasado no conceito de efetividade e analisá-lo como um método capaz de modificar o processo de gestão e trabalho da ESF.

Uma primeira avaliação foi realizada em abril de 2008, com todos os membros da equipe, utilizando um instrumento de avaliação desenvolvido pelo Distrito Sanitário Noroeste, correspondente aos cadernos IV e V do AMQ, adaptado à realidade local. Porém, esse processo se perdeu com o passar dos anos, não sendo adotado pelo município como um modelo de avaliação para a APS. Este estudo justifica-se então como um passo importante na retomada das discussões acerca da avaliação da qualidade na assistência a saúde na atenção primária, bem como um resgate do projeto AMQ como instrumento para a avaliação.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Verificar a efetividade do AMQ em uma equipe de saúde da família de um Centro de Saúde de Belo Horizonte, no período de 2008 a 2010, utilizando como base os cadernos IV e V, procurando levantar as mudanças e desafios no processo de gestão e trabalho.

3.2 Objetivos Específicos:

- Realizar discussão com a equipe sobre o instrumento AMQ, Cadernos IV e V.
- Analisar e comparar quali-quantitativamente os dados obtidos nos questionários de 2008 e 2010.
- Levantar avanços e desafios na APS a serem abordadas para a melhoria da qualidade na assistência, gestão e processo de trabalho.
- Apontar pontos críticos e propor medidas de intervenção para a equipe e serviço na UBS.
- Contribuir para a retomada na discussão do tema qualidade em saúde, AMQ e planejamento das ações no serviço de saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e comparativo, com abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados com base nos consolidados dos instrumentos contidos nos cadernos IV e V (AMQ ampliado, Distrito Sanitário Noroeste), aplicados em 2008 e 2010, em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. Os resultados pertinentes às duas avaliações foram analisados e sintetizados em gráficos e tabelas, bem como, realizada uma análise descritiva da situação encontrada, baseando-se nos padrões de estágio de qualidade já relacionados.

O cronograma proposto a seguir foi elaborado com o intuito de organizar o desenvolvimento do trabalho:

CRONOGRAMA / 2010					
Atividades	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Revisão bibliográfica	■				
Aplicação dos instrumentos		■	■		
Processamento e análise dos dados				■	
Redação do trabalho					■

A equipe se reuniu em três momentos para leitura e aplicação do questionário em 2010, e a análise destes dados e do consolidado de 2008, sendo posteriormente seus resultados apresentados aos demais membros da equipe.

Durante a aplicação do instrumento foi debatido os avanços e desafios na APS, seus limites estruturais, processos de trabalho e, principalmente, a evolução do processo de trabalho da equipe nos anos de 2008 a 2010.

Os dados foram analisados com base na concordância por todos os membros da equipe nas respostas aos padrões avaliados, sendo atribuído resposta sim apenas nos casos em que a ESF atendia a todos os quesitos comentados. Para exemplificar tomaremos o item 4.O1E (9) pág 41.

“O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.” (S) ou (N), Comentário: “ O padrão refere-se a ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas

mensalmente, oportunizando-se a atualização do Cadastro Censo BH Social. Considerar, para resposta afirmativa a atualização no sistema de informação”.

Preliminarmente, a ESF optou por atribuir resposta sim a esta afirmativa, uma vez que o ACS tem seu percurso delimitado nos dias do mês de forma a visitar todas as famílias com periodicidade mensal. Porém, com a leitura do padrão comentado observou-se que não havia ainda o lançamento dos dados obtidos em um sistema de informação, acordando-se então, a resposta negativa a questão.

5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados baseou-se na proporção de respostas a afirmativas SIM e, conseqüentemente, na evolução da equipe nos padrões de qualidade (Elementar a Avançado), sendo que pontuado afirmativamente acredita-se que a ESF avançou neste quesito e conquistou mais um avanço na qualidade, ou melhor, aprimorou sua assistência e gestão do processo de trabalho.

O caderno IV divide-se em cinco dimensões: organização do trabalho em saúde da família; acolhimento, humanização e responsabilidade; ações de promoção de saúde; participação comunitária e controle social; vigilância I: ações gerais, que serão discriminadas a seguir.

5.1 Organização do Trabalho em Saúde da Família:

A equipe avançou principalmente nas questões relacionadas ao processo de trabalho da equipe, organização das agendas e dos fluxos, estabelecimento de uma reunião semanal para discussão dos casos e elaboração das propostas terapêuticas, levantamento dos dados relativos a acamados, portadores de transtornos mentais, crianças, gestantes, e realizado o fichamento dos dados de forma a facilitar o acompanhamento dos mesmos.

Em contrapartida, precisa melhorar as questões relativas ao monitoramento interno das demandas e dos encaminhamentos a outros níveis de complexidade, e assim criar uma agenda flexível e adaptada aos momentos enfrentados pela equipe. Estas ações devem ser devidamente planejadas nas reuniões periódicas, baseadas nos indicadores previamente elaborados.

Conforme apresentado na Tabela 1, neste critério observa-se um avanço mais significativo no Estágio em Desenvolvimento, necessitando ainda melhorar no quesito padrões de Qualidade Consolidado e Boa, lembrando que não foi atingido ainda nenhum quesito no nível avançado.

Obteve-se uma mudança de respostas afirmativas de 25% para 52,7% das questões avaliadas, o que representa um avanço dentro dos padrões e conseqüente melhoria da organização da equipe, o que pode ser atribuído às matrizes de intervenção elaboradas em 2008 e executadas até a segunda avaliação.

Tabela 1. Análise dos itens relativos a Organização do Trabalho em Saúde da Família.

ESTÁGIO	2008		2010	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E	6	3	7	2
D	2	6	7	1
C	1	9	3	7
B	0	5	2	3
A	0	4	0	4
TOTAL	9	27	19	17

Fonte: Consolidado AMQ 2008 e 2010.

5.2 Acolhimento, Humanização e Responsabilidade:

Conforme dados da Tabela 2, pode-se observar um avanço nas questões relativas aos padrões de qualidade Consolidada e Boa, bem como notar que a equipe já está avançada em questões como a escuta do usuário na Unidade em todo horário de funcionamento, responsabilização e acompanhamento das demandas, baseado em uma organização flexível e sensível à população.

A equipe está em um momento de discussão acerca do acolhimento com classificação de risco das famílias, o que refletirá positivamente nas condutas a serem adotadas em um momento futuro.

Evidencia-se a necessidade de melhorar a relação com a família, envolvendo-a nos tratamentos e cuidados propostos para o indivíduo. Também se discutiu novamente o monitoramento da demanda e espera por procedimentos,

pautando apenas esse item como negativo. Outros pontos como a criação de espaço de discussão para os usuários e a interface com a ESB precisam de uma nova abordagem, pois observa-se que esta parte da Unidade fica alheia a muitas discussões que a envolvem também.

Tabela 2: Análise dos itens relativos ao Acolhimento, Humanização e Responsabilidade.

ESTÁGIO	2008		2010	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E	3	0	3	0
D	2	1	3	0
C	1	2	3	0
B	1	3	3	1
A	3	0	3	0
TOTAL	10	6	15	1

Fonte: Consolidado AMQ 2008 e 2010.

5.3 Ações de promoção da saúde:

Ao longo dos dois anos avaliados, a ESF obteve alterações pouco significativas na dimensão ações de promoção da saúde, sendo este apontado como o principal quesito a ser trabalhado nas próximas matrizes de intervenção. A equipe ainda não evoluiu no que tange a este princípio, o que sugere o desinteresse da população por estes serviços como causa da desmotivação da ESF em trabalhar com ações de promoção à saúde.

Atividades como ações educativas aos diversos grupos populacionais devem ser criados e os existentes aprimorados, ajustados conforme os padrões apresentados. Um exemplo é o grupo de hipertensos que é atualmente realizado de quatro em quatro meses e, conforme o item 4.39 D, a regularidade sugerida é bimensal.

Ações de educação em saúde, tais como, grupos de promoção e grupos de atividade física foram muito discutidos nos momentos de aplicação dos questionários e percebeu-se que ainda é necessário avançar nos padrões mínimos (Elementar) para depois atingir níveis de excelência (Avançado), conforme pode-se observar na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3: Análise dos itens relativos a Ações de Promoção da Saúde

ESTÁGIO	2008		2010	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E	0	1	1	0
D	1	5	1	5
C	1	8	5	4
B	0	4	1	3
A	0	5	0	5
TOTAL	2	23	8	17

Fonte: Consolidado AMQ 2008 e 2010.

As ações sugeridas são ainda distantes do atual momento em que vivenciamos na APS. Temas como violência doméstica, acidentes de trânsito, saber popular são almejados pela equipe, mas ainda limitados pela agenda apertada, volume acentuado da demanda espontânea aguda e dificuldade da equipe em organizar o trabalho de promoção em saúde, até mesmo pela inexperiência em ações dessa natureza.

Importante ressaltar que há dois anos muito do que é realizado hoje era também inimaginável, mas que, com a prática cotidiana e apoio de outras esferas, como reuniões periódicas com um psiquiatra e com técnicos de referência do distrito sanitário que visam uma interface nas discussões dos casos e estabelecimento de projetos terapêuticos, bem como um trabalho conjunto com a área da educação e assistência social foi possível melhorar a assistência. Já foram executadas com excelência uma avaliação dos alunos da área de abrangência, atividades de promoção a este grupo e detecção precoce de

alterações no desenvolvimento, situação vacinal e bucal, histórico de violência doméstica e uso e abuso de álcool e drogas, entre outros.

5.4 Participação comunitária e o controle social:

Observou-se que neste período foram aprimoradas as reuniões do Conselho Local de Saúde e a participação das equipes nestes momentos, porém não houve mudança nos padrões de qualidade deste item, mantendo a mesma avaliação de 2008 no período de 2010, mostrando que a população ainda não participa das ações de planejamento do serviço e não vê o Conselho Local como espaço de construção conjunta, apenas como um local para reclamar de algum problema não resolvido e tentar prioriza-lo enquanto discutido.

5.5 Vigilância à saúde I: Ações gerais da ESF:

Pode-se dizer que este foi o item que mais impactou nas avaliações, onde a equipe aprendeu a lidar com indicadores e monitorar sua área de abrangência baseada nestes critérios. Com a informatização da Unidade ficou mais fácil trabalhar com dados, transformando o prontuário da família em prontuários individuais eletrônicos, que podem ser acompanhados em qualquer outra UBS que o usuário freqüente, bem como, em algumas unidades secundárias, melhorando seu percurso no sistema público de saúde.

Outra melhoria é a adaptação da equipe de zoonozes às ESF, melhorando a interface nas ações de vigilância da dengue e leishmaniose, bem como aproximando estes dois serviços, inclusive com a participação dos agentes de endemia nas reuniões da ESF. Estes avanços refletem a avaliação representada na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4: Análise dos itens relativos a Vigilância I: Ações Gerais da ESF

ESTAGIO	2008		2010	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E	4	2	5	1

D	1	1	2	0
C	1	1	1	1
B	0	2	2	0
A	0	2	2	0
TOTAL	6	8	12	2

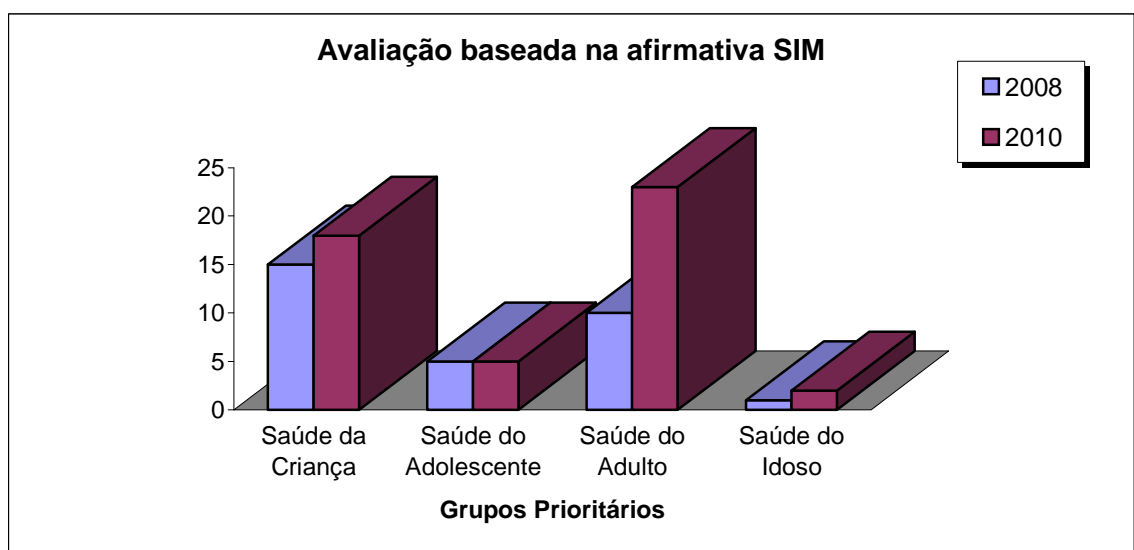
Fonte: Consolidado AMQ 2008 e 2010.

As respostas afirmativas corresponderam em 2008 a 42% do total de questões e em 2010 este número subiu para 86%, corroborando com a discussão apresentada neste item.

O caderno V aborda os processos de organização do cuidado e os resultados das ações de atenção à saúde da população. São considerados eixos norteadores os ciclos de vida infância, juventude, idade adulta e maturidade, bem como, ações de vigilância específicas e regionalizadas. Este caderno é preenchido pelos profissionais de nível superior que compõe a equipe, entre eles, o médico generalista, o enfermeiro e o dentista.

O gráfico abaixo representa uma síntese das avaliações nos grupos prioritários, baseado no número de respostas afirmativas nas análises de 2008 e 2010, evidenciando um avanço expressivo no grupo de saúde do adulto.

Gráfico 2: Avaliação contida no caderno V



Fonte: Consolidado AMQ 2008 e 2010.

Detalharemos a seguir por grupo específico.

5.5.1 Saúde da Criança:

A ESF observou um avanço no monitoramento das crianças menores de dois anos, efetivação do quinto dia da saúde integral, onde o recém nascido e puerpéra são avaliados e executados as ações de vacinação, teste do pezinho e amamentação, alcance do indicador de 80% de acompanhamento das crianças menores de um ano, avaliação dos cartões de vacinas em todas as atividades programadas, bem como, uma cobertura vacinal acima de 90%, aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo até os primeiros 30 dias, inexistência de desnutrição nas crianças menores de dois anos.

No entanto, ainda é preciso melhorar a cobertura de acompanhamento das crianças até cinco anos, bem como sua avaliação pela equipe de saúde bucal (ESB) e, mais ainda, a interação entre as ações da ESF e ESB.

5.5.2 Saúde do adolescente:

É um outro ponto crítico, pois também não sofreu variação nos padrões de qualidade se comparado ao ano de. Isto se deve ao fato da equipe relatar que sente-se despreparada para atuar com o adolescente, principalmente no aspecto das questões sexuais e reprodutivas, permanecendo ainda índices elevados de gravidez na adolescência e a procura ao serviço de saúde apenas nos momentos de sofrimento agudo ou campanhas de vacinação em massa. O serviço não possui sequer um registro atualizado dos adolescentes da área de abrangência e tê-lo avaliado semestralmente é ainda mais um objetivo a ser alcançado.

5.5.3 Saúde das mulheres e homens adultos:

Pode-se observar um avanço significativo nas questões relacionadas ao acompanhamento da gestante, hipertensos, diabéticos e portadores de transtornos mentais. No entanto há uma necessidade de ações educativas voltadas a estes grupos e principalmente aos homens, que procuram o atendimento somente em casos agudos.

É preciso melhorar também as ações de vigilância à saúde nestes grupos, implementando estratégias como a busca ativa às mulheres com citologia e mamografia alteradas, principalmente no acompanhamento nas unidades de referência. Outra dificuldade encontrada pela equipe é o acesso aos indicadores informados, como número de óbitos, morbidade, internações hospitalares e dados de cadastro em geral.

5.5.4 Saúde do idoso:

Este tema vem sendo objeto de trabalho por parte da equipe há algum tempo, tornando-se um importante alvo das ações de saúde. Vários projetos estão sendo desenvolvidos com a abordagem a este grupo etário, como capacitação dos cuidadores e profissionais da saúde, mas ainda são encontradas limitações quando se refere à saúde bucal.

5.5.5 Vigilância a saúde II - Doenças Transmissíveis:

Pôde-se perceber que este item em 2008 já havia atingido um padrão de excelência no cuidado nas quais as ações de prevenção e tratamento de agravos como tuberculose, hanseníase, dengue, leishmaniose e outros agravos infecto-contagiosos estavam consolidados, não havendo diferença relevante para o ano de 2010.

6. CONCLUSÃO

Em uma avaliação global, levando em conta os dois cadernos avaliados (IV e V) foi possível concluir que no decorrer dos dois anos o serviço avançou em alguns aspectos, resultante ou não da avaliação anterior e de suas matrizes de intervenção. Através disso pode-se perceber que necessário se torna uma nova elaboração de matrizes e a implementação das ações que proporcionem melhorias.

Itens como o cadastramento e matriciamento dos portadores de sofrimento mental, criação da caixa de sugestões e reclamações para o usuário, ações educativas com idosos, grupo de atividade física, grupo de atividade física *Lian Gong*, reuniões periódicas de supervisão do gerente com os enfermeiros e equipe de enfermagem, reuniões de supervisão clínicas com os profissionais de apoio (Ginecologista, Clínico e Pediatra), reuniões semanais definidas em agenda, interface com escola e ESB, entre outros, foram aprimorados com as intervenções propostas. As reuniões citadas visam melhorar a interação entre a equipe, definir fluxos de demandas, trabalhar temas de interesse em foco como vacinas novas, doenças que surgem ou reaparecem, discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos.

Os desafios a serem superados ainda são muitos e necessitam principalmente de serem planejados como propostas de intervenções a serem executadas. Abaixo segue algumas sugestões para o serviço e as equipes:

- Melhorar a informação para os usuários referentes às características da estratégia da Saúde da Família de forma permanente;
- Registrar e monitorar os encaminhamentos aos demais níveis de complexidade como referência especializada e exames diagnósticos;
- Estudar os fluxos de atendimento através do monitoramento da demanda, mapeando seu perfil;

- Trabalhar com mapeamento da área de abrangência dinamicamente, abordando também os recursos sociais possíveis na comunidade, riscos, vulnerabilidade e situações epidemiológicas;
- Avaliar periodicamente o alcance das metas estabelecidas, utilizando indicadores em saúde;
- Envolver o paciente e seus familiares nas decisões do tratamento e procedimentos, buscando a co-participação;
- Aprimorar os grupos de educação em saúde e em alguns como Hipertensão, Diabetes, Asma e Planejamento Familiar, ajustar a periodicidade de ocorrência, além de criar outros como de violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, saber popular, acidentes de trabalho e de trânsito;
- Acompanhamento e monitoramento dos usuários de álcool e drogas ilícitas, na perspectiva de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária;
- Promover debates na comunidade com temas como cidadania, direito à saúde e SUS;
- Atualizar cadastros de grupos prioritários como crianças, adolescentes, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de transtornos mentais, programando atendimentos e acompanhamentos periódicos;
- Melhorar a abordagem ao homem adulto nas questões de sexualidade, rastreamento de diabetes, hipertensão e câncer de próstata.

Com base nas descrições apontadas pode-se concluir que o AMQ é uma ferramenta importante para a APS, sendo utilizada principalmente como parâmetro para a qualidade da assistência à saúde. Sabe-se, no entanto que a realidade dos serviços de saúde ainda tem em seu cotidiano as ações de promoção e prevenção à saúde deterioradas em razão da grande e incansável demanda espontânea. O que as UBS's precisam para chegar à realização dos objetivos da APS? Rever a população adscrita à área de abrangência? Rever as agendas dos profissionais?

Fortalecer outros serviços? O AMQ infelizmente não mostra este caminho, mas indica que é necessário começar a rever a missão da APS e colocá-la em prática.

Outro ponto importante e que o AMQ desconsidera é a produtividade da equipe em termos quantitativos e o impacto dessas ações na saúde da população, uma vez que atualmente tem se discutido os indicadores de saúde como proposta de avaliação da qualidade da APS, mas que também não evidencia pontos importantes descritos no AMQ, responsabilizando apenas os serviços da APS na questão da qualidade, deixando de envolver outras esferas governamentais e pensando somente em processo, esquecendo da importância da estrutura. O que se espera é uma avaliação pautada nestes dois olhares, e que pondere também questões relativas à satisfação do usuário e qualidade do atendimento a demanda levantada.

O AMQ também se mostra como uma importante ferramenta de gestão institucionalizada e sistemática dos serviços, sendo passível de acompanhamento por todas os níveis de gerenciamento e até mesmo para a população em geral, necessitando ser pactuada e inserida na rotina da ESF.

Sugere-se ao final, a implementação do AMQ enquanto metodologia de avaliação contínua e planejamento das ações para melhoria da assistência na APS, introduzindo-a como prática na rotina das ESF do município de Belo Horizonte.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N.P.; Maranhão, A.MS.A. **Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos**. Acta Paul. Enf. São Paulo, v.8, n.4, maio/dez., 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade, Qualificação da Estratégia Saúde da Família**, Manual Preliminar. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VIII. Número 13. Janeiro a Março de 2007. Brasília, 2007.

MONTE, Adas; Adami, N.P.; Barros, A.L.B.L. **Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares**. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 14, n.1, 2001.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas**. Cad. Saúde Pública . 1990, vol.6,

SILVA, Ligia Maria V. da and FORMIGLI, Vera Lúcia A.. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cad. Saúde Pública . 1994, vol.10.

TAKEDA, Silvia M. Pasa; Diercks, Margarida Silva; **A avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças**, em revista brasileira Saúde da Família, Brasília, 2007