



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Aparecido Nunes, Altacílio; Flausino, Juliana Marcela; Soares da Silva, Anderson;
Marques de Mello, Luane
Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios
de pequeno e grande porte
Saúde em Debate, vol. 38, núm. 102, julio-septiembre, 2014, pp. 452-467
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341752005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte

Quality of the Family's Health Strategy: performance comparison of small and large-sized port municipalities

Altacílio Aparecido Nunes¹, Juliana Marcela Flausino², Anderson Soares da Silva³,
Luane Marques de Mello⁴

¹Doutor em Medicina Tropical e Infectologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Uberaba (MG), Brasil. Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
altacilio@fmrp.usp.br

²Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
juflausi@hotmail.com

³Doutor em Medicina (Cirurgia Clínica) pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
assilva@usp.br

⁴Doutora em Patologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Uberaba (MG), Brasil. Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
luane@fmrp.usp.br

RESUMO Trata-se de um estudo transversal, baseado na Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), para analisar e comparar o desempenho do trabalho em equipe em Unidades de Saúde da Família (USF) em 2 municípios paulistas, aplicando-se os instrumentos 4 e 5 do AMQ. Na análise dos dados, empregou-se a razão de prevalência e a estatística Kappa. A qualidade entre as USFs pesquisadas nos dois municípios não apresentou diferença. Quanto à consolidação, Ribeirão Preto encontrou-se no estágio satisfatório, e São José do Rio Pardo no regular. O pior desempenho foi apresentado na participação comunitária e no controle social. Observou-se não linearidade entre a complexidade de implementação dos processos de trabalho e a auto-avaliação das equipes.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde; Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Gestão de qualidade.

ABSTRACT *It is a transverse study, based on the AMQ Proposal to evaluate and compare the performance of the team work in the Family Health Units in 2 native of São Paulo counties, applying the instruments 4 and 5 of the AMQ. In the data analysis, it was used the prevalence ratio and the Kappa statistic. The quality between the FHU, in both investigated counties, has presented no difference. With regard to consolidation, Ribeirão Preto has been found in the satisfactory stage, and São José do Rio Pardo in the regular. The worst performance was presented at the Community Participation and Social Control. It was observed nonlinearity between the implementation complexity of work processes and the self-assessment of the teams.*

KEYWORDS *Health services evaluation; Family health; Primary Health Care; Quality management.*

Introdução

Em 1994, foi implantado, no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) – atualmente, Estratégia Saúde da Família (ESF) –, como uma iniciativa prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de promover mudanças no modelo assistencial do País e possibilitar, efetivamente, a prática dos princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS (BRASIL, 2002). Muito se avançou após a sua implantação, obtendo-se, de início, resultados positivos, principalmente em cidades de pequeno porte e em áreas de baixa densidade populacional, com escassez de serviços e profissionais de saúde, sobretudo com relação à melhoria dos principais indicadores de saúde, como a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal. Porém, por inúmeras razões – pronunciadamente, nas cidades com mais de 100 mil habitantes –, vivenciam-se dificuldades de consolidação dessa Estratégia em muitos municípios brasileiros, onde a proposta de trabalho ainda dá lugar ao pronto atendimento ou a práticas ambulatoriais fragmentadas, podendo tal fato estar relacionado ao não seguimento de normas, recomendações e protocolos que deveriam organizar as ações propostas (AZEVEDO, 2007; VIANA ET AL., 2008; ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

Buscando mudanças nesse contexto brasileiro, o governo incentiva a institucionalização da avaliação como ferramenta de contribuição decisiva para a qualidade da atenção à saúde, através da construção de processos estruturados e sistemáticos (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2008), permitindo problematizar desde as questões mais elementares, tais como o cumprimento das normas e diretrizes, até seus possíveis efeitos em distintos contextos locais e regionais, contribuindo, diretamente, para a melhoria da assistência à saúde e minimizando contradições. Segundo Donabedian (1966), a

avaliação da qualidade em serviços de saúde é sistêmica e ancorada em três pilares: estrutura, processo e resultado, sendo a estrutura avaliada, fundamentalmente, nos níveis institucionais e de sistemas de atenção à saúde, enquanto processo e resultado têm como unidades avaliativas o indivíduo, os grupos de usuários ou toda a comunidade. Para o mesmo autor (DONABEDIAN, 1979, p.277), avaliar a qualidade

é graduar o sucesso das profissões da saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, sendo o objetivo de sua monitoração, exercer vigilância contínua, para que desvios dos padrões possam ser detectados e corrigidos precocemente.

Assim, no contexto dessa definição, enquadra-se a autoavaliação das equipes de saúde. Para Takeda (2004), a finalidade da avaliação dos serviços de saúde é aumentar a qualidade dispensada pelas equipes, podendo ser utilizada para receber e incorporar a experiência de quem está executando as ações, aperfeiçoar as atividades, motivar a equipe, aferir o nível de satisfação da população e analisar a competência e o compromisso dos executores da ação, além de medir a capacidade do serviço de comportar atividades de ensino. Por tais definições, infere-se que há consenso de que avaliação e qualidade são campos estreitamente relacionados, entendendo-se que para conhecer a qualidade ou para melhorá-la é necessário avaliá-la.

Partindo-se, então, da necessidade de avaliar a qualidade da assistência à saúde no âmbito da APS, focando, sobretudo, no processo, o Ministério da Saúde (MS) apresentou, em julho de 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), como concepção de um processo crítico-reflexivo permanente, desenvolvido em corresponsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada

de decisão, oferecendo aos gestores municipais ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da ESF (CAMPOS, 2005; 2007), e, para as equipes da APS, uma forma de autoavaliação. No entanto, adotando concepção e lógicas distintas do AMQ, ao se ancorar em estímulos financeiros, atrelados ao cumprimento de metas predefinidas, em 2011, foi proposto e implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que é apresentado como forma de ampliação do acesso e de melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade que seja comparável em todo território brasileiro (BRASIL, 2011; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Considerando-se o cenário atual, onde se verificam dificuldades na consolidação da ESF, especialmente quanto ao processo de trabalho e ao modelo adotados, sobretudo nas grandes cidades brasileiras, e partindo-se da necessidade da busca da melhoria da qualidade na APS, o objetivo principal deste artigo é comparar o desempenho autoavaliado entre equipes de saúde da família em dois municípios, de diferentes portes, do interior do estado de São Paulo (Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo), tendo ambos igual período para a implantação da Estratégia, utilizando como parâmetro de comparação os padrões de qualidade da proposta AMQ-MS, com foco no modelo de atenção à saúde, na dimensão Equipe.

Metodologia

Local do estudo (aspectos organizacionais e sociodemográficos)

O estudo foi realizado nos municípios de Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, localizados no estado de São Paulo, tendo-se como cenário as unidades ligadas a

atividades de ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde, representadas por cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), ligados à Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto e a outras cinco USF em São José do Rio Pardo, que não exercem atividades de ensino profissional. Foram incluídos na pesquisa os profissionais pertencentes a essas equipes, sendo eles: médico, enfermeiro, dentista, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Ribeirão Preto está distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual e a 706 quilômetros de Brasília. Seu território, de 652 km², abriga uma população estimada em 649.556 habitantes, o que o torna o sexto município mais populoso do interior do estado de São Paulo superado apenas por Campinas, Uberlândia, São José dos Campos, Feira de Santana e Sorocaba. É considerada a cidade mais importante dos 24 municípios que fazem parte da região administrativa XIII. A cidade conta com 47 estabelecimentos de APS (distribuídos pelos cinco distritos de saúde), dos quais, 5 são unidades básicas distritais, 13 unidades/núcleos de saúde da família, com um total de 21 equipes de saúde da família, sendo cinco ligadas diretamente à Universidade de São Paulo (USP), denominadas Núcleos de Saúde da Família (NSF), além de 21 unidades básicas tradicionais, com 26 equipes de agentes comunitários de saúde. A implantação da saúde da família se deu em Ribeirão Preto, oficialmente, em agosto de 2001, sendo sete equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde. As cinco Unidades de Saúde da Família ligadas à USP – NSF I, NSF II, NSF III, NSF IV e NSF V – oferecem uma cobertura assistencial a uma população de 16.000 habitantes, em uma área com cerca de 23.000 pessoas adscritas.

A população estimada de São José do Rio Pardo é de 51.910 habitantes, em uma área de 419,19 km², com uma densidade demográfica de 128,22 habitantes/km² e um grau de 88,57% de urbanização. Não tem em sua rede de APS divisão geográfica, possuindo

cinco Unidades de Saúde da Família, ainda conhecidas como Programa Saúde da Família (PSF), com implantação oficial, também, em agosto de 2001, nomeadas PSFI, PSFII, PSFIII, PSFIV e PSFV, sendo três equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde, oferecendo uma cobertura assistencial a uma população de 15.962 habitantes ou 4.667 famílias.

Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)

Como subsídios para a avaliação, na perspectiva de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), foram desenvolvidos cinco instrumentos de autoavaliação, dirigidos a usuários, compreendendo um total de 300 padrões de qualidade. A proposta do AMQ da ESF considera duas grandes unidades de análise distintas e integradas, também denominadas componentes, sendo elas, gestão e equipe. Para cada uma dessas unidades, foram definidos grandes eixos de análise, chamados dimensões, que, por sua vez, são desdobrados em subeixos ou subdimensões. Desse modo, utiliza a perspectiva interna de avaliação, articulando elementos da avaliação normativa e da MCQ, apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços, através da aplicação de cinco instrumentos, na forma de questionário, com opção de resposta na forma de sim ou não. Sendo eles:

1. Questionário nº 1 (com 60 questões) – dirigido ao gestor municipal de saúde e à sua equipe direta de trabalho, com temas relacionados à definição política e institucional da ESF, à organização da implantação, à integração da rede de serviços, entre outros.
2. Questionário nº 2 (com 40 questões) – dirigido aos coordenadores municipais da ESF, abordando temas relacionados ao acompanhamento do

trabalho das equipes, do apoio técnico, da educação permanente, do planejamento e da avaliação.

3. Questionário nº 3 (com 40 questões) – dirigido aos responsáveis pela gestão da USF, focalizando as questões relacionadas à estrutura física da unidade, à organização dos espaços de trabalho, aos insumos, materiais e medicamentos.
4. Questionário nº 4 (com 70 questões) – dirigido a todos os profissionais da equipe de saúde da família. Aborda temas relacionados aos princípios e diretrizes que organizam, caracterizam e diferenciam esse modelo de atenção.
5. Questionário nº 5 (com 90 questões) – dirigido aos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família. É dividido em duas partes (I e II), cujos temas são relacionados à organização do cuidado e aos resultados de suas ações junto à população.

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

1. Padrões do Estágio E – Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da equipe de saúde da família;
2. Padrões do Estágio D – Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o

aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

3. Padrões do Estágio C – Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações);
4. Padrões do Estágio B – Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);
5. Padrões do Estágio A – Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

Tipo de estudo

A proposta AMQ orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados. Orienta, ainda, a elaboração, de maneira estratégica, de planos de intervenção para a resolução dos problemas encontrados. Diante dessas orientações, na presente pesquisa, recorreu-se à Unidade de Análise Equipe – devido à relevância do tema tratado –, sendo essa composta pelas dimensões: Consolidação do Modelo de Atenção (instrumento 04) e Atenção à Saúde (instrumento 05). Como relatado anteriormente, a dimensão Consolidação do Modelo de Atenção é dirigida a todos os membros das equipes, incluindo 70 padrões de qualidade, divididos nas subáreas: Organização do trabalho em saúde da família; Acolhimento; Humanização; Responsabilização; Promoção da saúde; Participação comunitária e Ações gerais de vigilância à saúde. O instrumento cinco é dirigido aos profissionais de nível

superior da equipe de saúde da família, abordando a dimensão de Atenção à Saúde, incluindo 90 padrões de qualidade referentes aos resultados das ações sobre os distintos ciclos de vida: Saúde da criança; Saúde do adolescente; Saúde do adulto (homens e mulheres); Saúde do idoso; e, também, informações sobre a Vigilância às doenças infectocontagiosas. Os padrões de qualidade referentes à subdimensão Vigilância à Saúde III: Agravos com prevalência regionalizada, itens 5.89 e 5.90, foram desconsiderados, por abordarem a malária, doença não endêmica no estado de São Paulo, sendo avaliados 88 padrões de qualidade do instrumento.

Tipo de análise

Na proposta AMQ, o resultado da análise não se configura como uma classificação por estágio de um município em relação a outro, e, sim, uma possibilidade de avaliar a qualidade da estratégia em todos os seus aspectos – no caso desta pesquisa, a equipe de saúde da família – e/ou em aspectos pré-definidos, por isso, foram utilizados, aqui, os parâmetros apresentados por Felisberto (2004), para o estabelecimento do estágio de qualidade em cada município (*tabela 1*).

Foram realizadas análises estatísticas, nas formas de análise de concordância, para fins comparativos, enquanto para verificar associação foi empregada a Razão de Prevalência (RP) com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%), como estimadora de magnitude entre variáveis. Para comparação de proporções, foi empregado o teste de Z. Em todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5%. A concordância entre os resultados foi feita por meio da estatística Kappa, que mede o grau de concordância entre os municípios, além do que seria esperado pelo acaso. Essa medida tem como valor máximo um, representando total concordância; e os

Tabela 1. Parâmetros para se estabelecer o estágio de qualidade da ESF municipal

Estágio de Qualidade	Classificação	% cumprida do padrão
A	Adequado	0,00
B	Satisfatório	0,02
C	Regular	0,07
D	Insatisfatório	0,31
E	Crítico	0,00

Fonte: Felisberto, 2004

valores próximos e até abaixo de zero indicando nenhuma concordância.

Aspectos éticos e legais

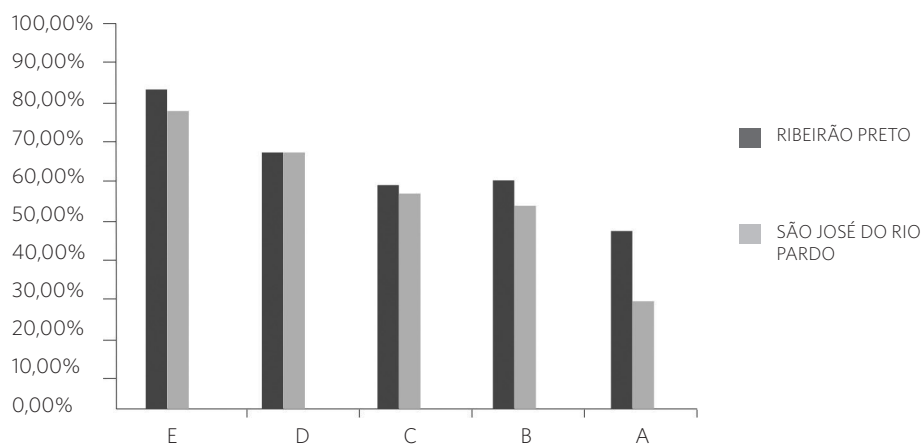
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola, da FMRP/USP, sendo aprovado (protocolo 411/CEP-CSE-FMRP/USP). A coleta de dados foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de São José do Rio Pardo e pelo Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Resultados

Estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios

Considerando-se o estágio de desenvolvimento alcançado pelos municípios, na comparação das respostas sim e não, da unidade de análise Equipe, os dois municípios se enquadram no mesmo estágio: B, considerado satisfatório. O município de grande porte apresentou melhor desempenho, com mais atendimento aos padrões B que aos C (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Comparação geral do componente equipe dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de saúde da família pesquisadas e consolidadas pelos municípios Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011

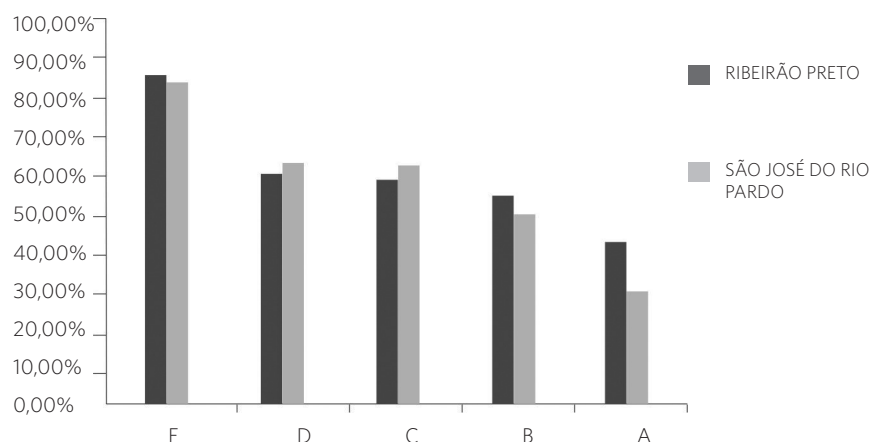


Fonte: Elaboração própria

Com relação aos padrões de qualidade avaliados relacionados à dimensão Consolidação do Modelo de Atenção, o município de Ribeirão Preto encontra-se no estágio B, considerado satisfatório; São José do Rio Pardo está no estágio C, considerado regular. Comparativamente, os municípios apresentaram porcentagens semelhantes de respostas aos padrões E, D, C e B, diferenciando-se com relação ao padrão A, onde o município de grande porte obteve melhor desempenho (gráfico 2).

Na análise da subdimensão Organização do Trabalho, Ribeirão Preto classifica-se como adequado (A), e São José do Rio Pardo como regular (C), com diferença significativa entre as respostas apresentadas pelos municípios. As equipes de saúde da família do município de grande porte apresentaram 80% mais resultados positivos relacionados a dedicar uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e ao planejamento da continuidade das ações, bem como 60% mais respostas sim

Gráfico 2. Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de saúde da família pesquisadas e consolidadas pelos municípios, instrumento quatro (Dimensão: Consolidação ao Modelo de Atenção), Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011



Fonte: Elaboração própria

quanto ao estudo do fluxo de atendimentos na USF. Todavia, não são realizadas avaliações semestrais dos resultados alcançados, sendo que, no município de pequeno porte, 60% das equipes de saúde da família o fazem.

No tocante a Acolhimento, Humanização e Responsabilização, Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B), assim como São José do Rio Pardo. Com relação ao desenvolvimento de iniciativas que estimulem a autonomia, o autocuidado e a corresponsabilidade por parte dos usuários, tem-se um padrão de qualidade com concordância fraca entre as respostas dos

municípios ($Kappa=0,2$), e um padrão com diferença significativa, indicando que o município maior monitora o tempo médio de espera dos usuários pelo atendimento (60%).

Na subdimensão relacionada à Promoção da Saúde, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se como regulares (C), com os dois padrões apresentando concordância forte ($Kappa=0,6$) e sete concordâncias moderadas ($Kappa=0,4$). Com diferença significativa de respostas entre os municípios, temos três itens: dois que apresentaram 60% mais respostas positivas no município de pequeno porte; e um

com 40% mais, que também apresentou associação significativa, mostrando que as equipes realizam ações educativas e de convivência com os hipertensos e diabéticos em acompanhamento e desenvolvem ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

No que diz respeito à Participação Comunitária e ao Controle Social, ambos os municípios encontram-se na classificação crítica (E), o pior desempenho do estudo, com os seguintes resultados: questionamento acerca de a equipe participar de reuniões com conselhos de saúde e a participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das equipes de saúde da família – concordância fraca ($Kappa=0,2$).

Observou-se que na Vigilância à Saúde I: Ações Gerais, Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo classificam-se como satisfatórios (B), com concordância forte ($Kappa=0,6$). Ao passo que, onde a equipe de saúde da família foi questionada, desenvolvem-se ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, com concordância moderada ($Kappa=0,4$). Quanto à equipe de saúde da família desenvolver ações tendo como foco a vigilância ambiental e a sanitária, a concordância foi fraca ($Kappa=0,2$). As respostas diziam respeito aos questionamentos sobre os profissionais da equipe realizarem busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população; se realizam ações para detecção de novos casos de tuberculose; se é realizada busca ativa para detecção de novos casos de diabetes mellitus na população; e se estão sensibilizados para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica. As USFs de São José do Rio Pardo apresentaram 60% de respostas positivas quanto ao questionamento da equipe desenvolver ações de monitoramento das situações alimentar e nutricional da população, enquanto em

Ribeirão Preto houve 80% de respostas sim ao desenvolvimento de ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador, ação essa que foi negada por todas as equipes de saúde da família do município de pequeno porte. Na tabela 2 podem ser observados os resultados da razão de prevalência, com respectivo intervalo de confiança a 5% e estatística Kappa referentes ao instrumento 04.

Aos padrões referentes à dimensão Atenção à Saúde, os dois municípios se enquadrariam no estágio B. Comparativamente, o município de grande porte apresentou porcentagens maiores com relação aos padrões E, C e A, este com diferença de 26%, e semelhantes nos padrões D e B (*gráfico 3*).

Na análise por subdimensão, observa-se que, com relação à Saúde de Crianças, Ribeirão Preto classifica-se como satisfatório (B), e São José do Rio Pardo como regular (C), observando-se concordância fraca ($Kappa=0,2$) de respostas em quatro padrões, moderada em dois ($Kappa=0,4$) e concordância muito forte ($Kappa=0,8$) em outros dois padrões. O município de grande porte apresentou melhor desempenho em seis padrões, com diferença significativa, obtendo desempenho 60% melhor nas respostas acerca de desenvolver ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e no puerpério, ao desenvolvimento de ações de acompanhamento de crianças com asma (de acordo com o protocolo clínico estabelecido), de ter prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses (de 60% ou mais) e da redução do índice ceod (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) na população de cinco a seis anos nos últimos 24 meses; 80% melhor na redução (ou extinção de casos) do número absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população de menores de cinco anos, bem como 100% de respostas positivas ao item

Tabela 2. Distribuição dos itens referentes ao instrumento 04 do AMQ, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, índice Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011

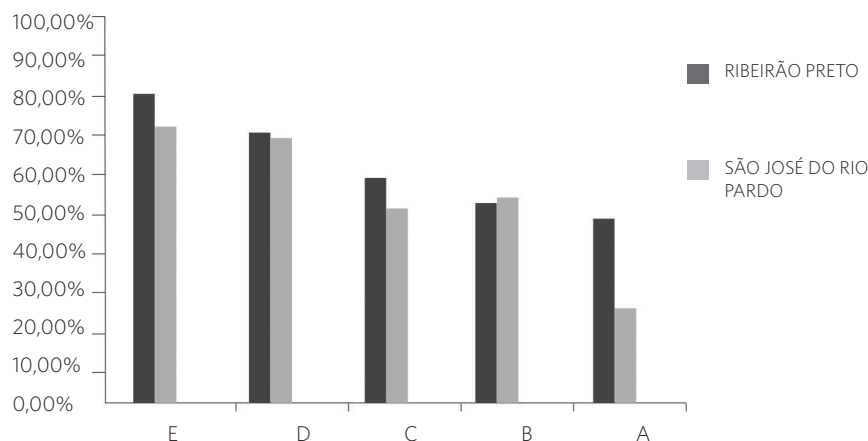
ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
4.2	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC+
4.4	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.5	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.7	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.10	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.18	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
4.19	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.25	1	(0,08 - 12,55)	0	SC+
4.26	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
4.29	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
4.30	-	-	0,2	Fraca
4.35	1	(0,08 - 12,55)	0	SC+
4.37	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
4.38	-	-	0,6	Forte
4.39	-	-	0,6	Forte
4.40	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
4.41	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.42	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.43	-	-	0,4	Moderada
4.44	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.45	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.46	-	-	0,4	Moderada
4.47	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.48	-	-	0,4	Moderada
4.51	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.53	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
4.54	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	
4.57	-	-	0,4	Moderada
4.58	-	-	0,2	Fraca
4.59	16	(0,72 -354,80)	0,6	Moderada
4.60	-	-	0,2	Fraca
4.63	-	-	0,2	Fraca
4.64	6	(0,35 -101,56)	0,4	Moderada
4.65	-	-	0,2	Fraca
4.66	0,44	(0,03 - 5,58)	-0,2	SC+
4.68	-	-	0,2	Fraca
4.69	1	(0,08 - 12,55)	0	SC

Fonte: Elaboração própria

* Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; +SC = Sem concordância

Os itens sem resultados para RP referem-se a casos em que uma das caselas apresentou resultado = 0

Gráfico 3. Comparação dos níveis de atendimento aos padrões de qualidade apresentados pelas equipes de saúde da família pesquisadas e consolidadas pelos municípios, instrumento cinco (dimensão: Atenção à Saúde), Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho 2011



Fonte: Elaboração própria

que abordava a realização, pela equipe de saúde da família, da busca de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.

Na subdimensão Saúde dos Adolescentes, Ribeirão Preto classifica-se como regular (C), e São José do Rio Pardo como insatisfatório (D), sendo observada concordância fraca ($Kappa=0,2$) a um padrão. O município de grande porte apresentou desempenho 100% melhor na redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.

Na análise da subdimensão Saúde de Mulheres e Homens Adultos, ambos os municípios foram classificados como satisfatórios (B), com concordância fraca ($Kappa=0,2$) e moderada ($Kappa=0,4$), respectivamente, de respostas em quatro padrões, e concordância forte ($Kappa=0,6$) de respostas entre os municípios quanto a outros dois padrões, sendo que o município de pequeno porte apresentou diferença positiva e significativa de 60% a este padrão. As USFs do município de grande porte tiveram um desempenho 60% melhor com relação

ao item referente à realização, por parte dos profissionais, do tratamento das DSTs prevalentes, abordando sempre o(a) parceiro(a), e o mesmo desempenho no item referente ao desenvolvimento de ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.

Na Saúde de Idosos, também, os dois municípios apresentaram classificação regular (C). Dos quatro padrões com razão de prevalência calculada, nenhum apresentou associação de respostas entre os municípios, tendo dois itens apresentado concordância fraca ($Kappa=0,2$) de respostas, um exibido concordância moderada ($Kappa=0,4$) e um concordância forte ($Kappa=0,6$). Também foi apresentada uma diferença significativa de 60% para o município de pequeno porte. O padrão onde é questionado o desenvolvimento de intervenções apropriadas junto à população de idosos, para detecção precoce de demências, apresentou diferença significativa, com melhor resultado (60%) para o município de grande porte.

Por fim, na subdimensão Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis,

Ribeirão Preto obteve classificação satisfatória (B), enquanto São José do Rio Pardo alcançou classificação adequada (A). Nenhum padrão apresentou associação de respostas entre os municípios. Quanto à concordância de respostas, foram observados três padrões com concordância fraca (Kappa=0,2), um com concordância

moderada (Kappa=0,4) e um com concordância forte (Kappa=0,6). Não houve diferenças percentuais significativas de respostas. Na tabela 3, podem ser observados os resultados da razão de prevalência com respectivo intervalo de confiança a 5% e estatística Kappa, referentes ao instrumento 05.

Tabela 3. Distribuição dos itens referentes ao Instrumento 05 do AMQ, segundo razão de prevalência e intervalo de confiança a 95%, índice Kappa e sua interpretação. Ribeirão Preto e São José do Rio Pardo, abril a junho de 2011

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.1	2,25	(0,17 - 28,25)	0,2	Fraca
5.2	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC+
5.8	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.9	-	-	0,8	Muito forte
5.10	-	-	0,8	Muito forte
5.11	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.19	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.20	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.21	0,06	(0,00 - 1,38)	-0,6	SC
5.22	-	-	0,2	Fraca
5.23	-	-	0,2	Fraca
5.25	2,66	(0,15 - 45,14)	0,2	Fraca
5.26	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC+
5.27	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.28	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.34	-	-	0,2	Fraca
5.35	-	-	0,2	Fraca
5.36	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.37	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.38	-	-	0,4	Moderada
5.39	-	-	0,6	Forte
5.42	-	-	0,2	Fraca
5.43	-	-	0,2	Fraca
5.48	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC+
5.49	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
5.50	0,16	(0,01 - 2,82)	-0,4	SC
5.51	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.52	1	(0,08 - 12,55)	0	SC

CONTINUAÇÃO DA TABELA 3

ITEM	RP*	IC 95%**	KAPPA	CONCORDÂNCIA
5.53	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.54	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.55	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.58	0,06	(0,00 - 1,38)	-0,6	SC
5.60	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC
5.61	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.62	-	-	0,4	Moderada
5.63	-	-	0,6	Forte
5.64	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.65	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.66	1	(0,08 - 12,55)	0	SC
5.69	-	-	0,2	Fraca
5.70	-	-	0,6	Forte
5.71	0,37	(0,02 - 6,34)	-0,2	SC+
5.72	6	(0,35 - 101,56)	0,4	Moderada
5.73	2,25	(0,17 - 28,25)	0,2	Fraca
5.74	1	(0,80 - 12,55)	0	SC
5.76	-	-	0,2	Fraca
5.77	1	(0,04 - 22,17)	0	SC+
5.79	16,00	(0,72 - 354,80)	0,6	Forte
5.80	1	(0,04 - 22,17)	0	SC
5.82	-	-	0,4	Moderada
5.85	-	-	0,2	Fraca
5.86	-	-	0,2	Fraca

Fonte: Elaboração própria

* Razão de Prevalência; ** Intervalo de Confiança a 95%; +SC = Sem concordância

Os itens sem resultados para RP referem-se a casos em que uma das caselas apresentou resultado = 0

Discussão

A presente pesquisa mostrou que as USFs pesquisadas no município de Ribeirão Preto não estão privilegiadas em qualidade, mesmo com seus serviços de saúde ligados a atividades de ensino de nível superior, que, em certa medida, servem para apoiar e coordenar a assistência, quando comparadas às USFs de São José do Rio Pardo, as quais não mantêm atividades de ensino, pois ambos os municípios se enquadraram no estágio B, sendo considerados satisfatórios com relação ao Componente Equipe.

Há publicação (VIANA ET AL., 2008) indicando o contraditório do que comumente se pensa de que as grandes cidades, por possuírem melhor infraestrutura e melhor distribuição da riqueza, deveriam apresentar maior número de possibilidades para a consolidação da APS, porém, a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos usuários prejudicam a qualidade, o que faz emergir a necessidade da comunhão entre decisões técnicas e políticas. Na avaliação da dimensão Consolidação ao Modelo de Atenção, o município de Ribeirão Preto encontra-se no estágio B (satisfatório), o que

contradiz o estudo realizado por Domingos (2010), onde é apontado que o serviço diferenciado ofertado por USFs ligadas a ensino acaba sobrecarregando a equipe, afetando a qualidade da atenção dispensada aos usuários. Já o desempenho regular de São José do Rio Pardo, na mesma subdimensão, para ser justificado, necessitaria, por exemplo, de checagem das equipes em sistemas de informações nacionais, onde, através de avaliação externa, se comprovaria a conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e de acordo com a proposta AMQ.

Na subdimensão Participação Comunitária e Controle Social, foi encontrado o pior desempenho do estudo, com ambos os municípios estando na classificação crítica (E), resultado esse já apresentado em outros trabalhos (BRASIL, 2004; CANESQUI; SPINELLI, 2008; SARTI ET AL., 2011; SARTI ET AL., 2012). Silva e Caldeira (2010) sinalizam que as equipes consideram a participação comunitária e o controle social atributos mais dependentes da comunidade do que das suas próprias ações, porém, de acordo com os padrões da AMQ, a referida subdimensão traz apenas um item independente da equipe, que se refere à participação dos representantes da comunidade e dos movimentos sociais, de maneira efetiva, no processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar a intersetorialidade. O estímulo à participação da comunidade e ao controle social é um dos princípios da ESF, e cabe à gestão local favorecer e incentivar a criação e a utilização dos canais de participação social para o planejamento e o controle das ações previstas na estratégia. A equipe, por sua vez, deve ser indutora da promoção da participação das organizações sociais e de seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local, assim como deve desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2008; SARTI ET AL., 2012).

Já no que tange aos padrões referentes à Dimensão Atenção à Saúde, os dois municípios se enquadram no estágio B (satisfatório). Na subdimensão Saúde dos Adolescentes, Ribeirão Preto classificou-se como regular (C), e São José do Rio Pardo como insatisfatório (D). Silva e Caldeira (2011), em seu estudo, também obtiveram resultado similar, citando outras pesquisas com mesmo desempenho e associando o resultado à dificuldade de realizar atividades coletivas com esse segmento etário e ao fato de as equipes não desenvolverem ações específicas, direcionadas a essa população, uma vez que a adolescência caracteriza-se por grandes transformações físicas e psicológicas. Porém, excetuando situações relacionadas a doenças crônicas ou distúrbios endócrinos, o adolescente é, basicamente, acometido por transtornos psicossomáticos ou dificuldades psicossociais. A APS precisa estar preparada para desenvolver ações voltadas não só para o desenvolvimento emocional, afetivo e para a autoestima do adolescente, estimulando o diálogo construtivo e a sua relação saudável com o mundo, mas, também, para a identificação e a prevenção dos fatores de risco aos quais está exposto, tais como os relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à gravidez precoce, ao uso de drogas lícitas e ilícitas etc. (BRASIL, 2005).

Sobre a Saúde de Idosos, os dois municípios têm a mesma classificação regular (C). Carvalho, Assunção e Bocchi (2010), em revisão integrativa da literatura, discorrem acerca do reduzido número de publicações produzidas sobre o tema, atribuindo tal fato ao não despertar das equipes para as reflexões referentes à assistência ao idoso. A marcante transformação da distribuição etária da população brasileira, com o rápido aumento do número de pessoas idosas em sua composição, é decorrente do aumento da longevidade da população e considera uma das principais conquistas de toda a sociedade moderna. Entretanto, essa realidade vem gerando uma série de mudanças

nas práticas de saúde, com vistas ao acompanhamento das alterações biológicas e psicológicas, almejando a melhoria progressiva da qualidade de vida, acompanhando o aumento da longevidade do indivíduo. Assim sendo, faz-se necessário que os profissionais de saúde da APS participem ativamente da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (BRASIL, 2005).

A proposta da AMQ tem a disposição de seus padrões de qualidade nos instrumentos concebida segundo uma evolução temporal e incremental, buscando captar, enquanto instrumento avaliativo, situações relacionadas ao processo de implantação da ESF nos estágios E, D e C, evoluindo para situações relacionadas à garantia de qualidade das ações desenvolvidas propriamente ditas: as dos estágios B e A. O não atendimento pleno aos padrões E, D e C, apresentados nos resultados, mostram a não conformidade com os princípios básicos da ESF, o que compromete as bases sólidas competentes e hábeis necessárias à qualidade, eficácia e à resolução da APS no âmbito do SUS, desfavorecendo, assim, a consolidação do modelo da ESF no país, sobretudo nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2008). O documento técnico da proposta indica que muito é abordada na literatura a não linearidade entre os elementos de estrutura, processo e resultado, justificando que, na AMQ, o incremento da qualidade é abordado de maneira processual, tendo início com as condições de estrutura e infraestrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e pelas práticas, avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos de trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida (BRASIL, 2008).

Em nosso estudo, assim como no desenvolvido por Sarti *et al.* (2011), observa-se essa não linearidade entre a complexidade de implementação dos processos de trabalho e a autoavaliação das equipes de saúde da família dos municípios estudados, onde o estágio ‘elementar’ nem sempre apresentou as

maiores médias, nem o estágio ‘avançado’ as menores. A referida não linearidade pode, em parte, justificar sua precoce substituição pelo PMAQ.

Pinto, Souza e Florêncio (2012) trazem em seu estudo a alta adesão dos municípios ao PMAQ, e compara-o ao AMQ, sendo os números cinco vezes maiores em um tempo seis vezes mais curto, relacionando esse achado à melhor adesão ao contexto, bem como à articulação do processo de autoavaliação. Ao contrário do AMQ, o PMAQ tem a autoavaliação não como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança, mas apenas como complemento, sendo que o monitoramento, a educação permanente e o apoio institucional são os principais objetivos, mensurados por alcance de metas predefinidas, entendendo-se ser consequência prática daquilo que foi nomeado como problema no processo de autoavaliação. Na proposta do PMAQ, a autoavaliação representa apenas 10% da meta e é complementada pela avaliação externa, que corresponde à terceira fase do programa, na qual, a partir do levantamento de um conjunto de informações sobre as condições de acesso e de qualidade, as equipes participantes do programa são certificadas, sendo reconhecidos e valorizados “monetariamente” os esforços e resultados obtidos pelas equipes e pelos gestores municipais no processo de qualificação da APS. Nesse processo, as equipes são avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; a estrutura e as condições de funcionamento das UBS; a valorização dos trabalhadores; o acesso e a qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e a utilização, participação e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011; PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012). O reconhecimento de tais esforços, atrelado à recompensa financeira, pode explicar, em grande parte, as diferenças de uso e adesão em relação ao AMQ.

Conclusão

Neste estudo, buscou-se comparar, através do AMQ – um instrumento validado pelo Ministério da Saúde –, os padrões de qualidade da ESF entre dois municípios: um de grande e outro de pequeno porte, com lógicas de funcionamento diferentes. Os resultados encontrados não apresentaram diferenças relevantes entre ambos, cuja qualidade auto-avaliada pelas equipes ainda encontra-se em patamar não ideal, sugerindo que a ESF tem muito a caminhar para que atinja sua consolidação como forma prioritária de se fazer APS

no Brasil. Desse modo, faz-se necessário que seus objetivos venham ao encontro das necessidades e expectativas de usuários, profissionais e gestores, sendo de extrema importância o incentivo e a valorização da cultura avaliativa dos serviços, uma vez que o interesse de avaliar sua própria prática é algo imprescindível à consolidação e à expansão da estratégia com qualidade, respeitando sempre as particularidades e características do município, sobretudo as relacionadas ao porte e ao contexto socioeconômico em que está inserido, assim como ao fato de exercer ou não atividades de ensino. ■

Referências

ARRUDA-BARBOSA, L. D.; DANTAS T. M.; OLIVEIRA, C. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v.24, n.4, p.347-354, 2011.

AZEVEDO, A. L. M. D. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, C. E. A. A melhoria contínua da qualidade nos marcos do projeto AMQ-ESF. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, DF, n.13, p.46-48, jan/mar. 2007.

_____. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.5, supl 1, p.s63-s69, 2005.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.862-870, 2008.

CARVALHO, C. J. A.; ASSUNCAO, R. C.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1307-1324, dez. 2010.

DOMINGOS, M. M. L. N. Avaliação para melhoria da qualidade (amq): monitorando as ações na saúde da família e criando possibilidades no cotidiano. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, New York, v. 44, n.3, p. 166-203, 1966.

———. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *Journal of Family Practice*, New York, v.3, n.9, p. 277-284, 1979.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.4, p.317-321, 2004.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, supl.1, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

SARTI, T. D. *et al.* Validade de conteúdo da avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 865-878, 2011.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, mar. p.537-548, 2012.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.95-108, mar./jun.2011.

———. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, jun.2010.

TAKEDA, S. A. Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, E. R. J. (Ed). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

VIANA, A. L. A. *et al.* Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p. s79-s90, 2008.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve