

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Carolina dos Reis Alves

Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de
Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Montes Claros
2016

Carolina dos Reis Alves

Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços.

Orientador: Prof(a). Dr(a). Mariléia Chaves Andrade.

Montes Claros
2016

A474a Alves, Carolina dos Reis.
Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [manuscrito] / Carolina dos Reis Alves. – 2016.
106 f. : il.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Mariléia Chaves Andrade.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Saúde da Mulher. 5. Trabalhador. 6. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. I. Andrade, Mariléia Chaves. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor(a): Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor(a): Professor Antonio Alvimar Souza

Pró-reitor(a) de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor(a) de Pós-graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Professor Divino Urias Mendonça

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Professor Ildenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador(a): Professora Marise Fagundes Silveira

Coordenador Adjunto (a): Professor Luiz Fernando de Rezende



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATA: CAROLINA DOS REIS ALVES

TÍTULO DO TRABALHO: intitulado "Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria dos Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços.

BANCA (TITULARES)

PROF^ª. DR^ª. MARILÉIA CHAVES ANDRADE - ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROF^ª. DR^ª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

PROF^ª. DR^ª. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA

PROF. DR. JOÃO MARCUS OLIVEIRA ANDRADE

PROF. DR. JAIRO EVANGELISTA NASCIMENTO

ASSINATURAS

Andrade
Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito
Carla S. O. Oliveira
João Marcus Oliveira Andrade
Jairo Evangelista Nascimento

BANCA (SUPLENTE)

PROF^ª. DR^ª. LUCYANA CONCEIÇÃO FARIAS

PROF^ª. DR^ª. LUCINÉIA DE PINHO

PROF^ª. DR^ª. RENATA FRANCINE RODRIGUES DE OLIVEIRA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Dedico este estudo à Vida, representada pela mensagem de A. J. Cronin, que revela a trajetória trilhada na execução desta tese:

“A vida não é um corredor reto e tranquilo que
nós percorremos livres e sem empecilhos,
mas um labirinto de passagens,
pelas quais nós devemos procurar nosso
caminho, perdidos e confusos, de vez em quando
presos em um beco sem saída.

Porém, se tivermos fé,
uma porta sempre será aberta para nós,
não talvez aquela sobre a qual
nós mesmos nunca pensamos,
mas aquela que definitivamente
se revelará boa para nós.”

Dedico este estudo, aos heróis anônimos que fazem parte das equipes da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros/MG que realizam a construção cotidiana do SUS, por meio de um processo coletivo de aprendizagem retratado por Richard Bach:

“Aprender é descobrir aquilo que você já sabe.

Fazer é demonstrar que você o sabe.

Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você.

Nós todos somos aprendizes, fazedores, professores.”

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Claudio, que compartilhou comigo os momentos de alegria e apoiou nos dias de incerteza, de angústias, de ansiedades e, acima de tudo, pelo apoio incondicional a todas as minhas escolhas e que está sempre ao meu lado e presente na minha vida, a você, que é a minha “Vida”, agradeço por todos os momentos vividos e compartilhados.

A minha família pelo apoio incessante e estímulo em toda a minha trajetória de vida, e, que, mesmo distantes geograficamente, estavam sempre perto no aspecto do sentimento e da motivação, apoiando as minhas decisões.

À minha orientadora, professora Dr^a Mariléia Chaves Andrade, que aceitou a tarefa de oferecer suporte para este trabalho, pelas sugestões e disponibilidade em auxiliar-me no esclarecimento de dúvidas, e, especialmente, pela paciência.

“Que nome dar à esperança?... Mas se através de tudo corre a esperança, então a coisa é atingida. No entanto a esperança não é para amanhã. A esperança é este instante. Precisa-se dar outro nome a certo tipo de esperança porque esta palavra significa sobretudo espera. E a esperança é já...”

(LISPECTOR, 1999, p. 465)

RESUMO

O estudo aborda a avaliação de desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais por meio do monitoramento dos indicadores de saúde e padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) objetivando verificar o impacto da atenção primária sobre a situação de saúde. Trata-se de uma pesquisa transversal de cunho descritivo com abordagem quantitativa realizada junto às equipes da Estratégia Saúde da Família por meio da utilização de um formulário para a busca de dados secundários obtidos no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) eletrônico de cada equipe de saúde separadamente disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde por meio dos relatórios, que permitiu o cálculo dos indicadores de desempenho e monitoramento selecionados para avaliar os principais focos estratégicos da atenção básica contido na Portaria n. 2488/2011 e utilização dos dados secundários pertencentes ao componente Avaliação Externa no ano de 2012. A análise dos dados foi guiada à luz da estatística descritiva, apresentando-se os achados através de frequências e medidas de tendência central além da análise descritiva para verificar a tendência dos indicadores, se ocorre mudanças em relação ao tempo de implantação das equipes, tempo de permanência dos profissionais na mesma equipe, tempo de atuação e qualificação dos profissionais. No artigo 1, os resultados convergem no sentido de apontar que a longitudinalidade do profissional enfermeiro associado à formação profissional com residência em saúde da família implica em melhor desempenho na avaliação do PMAQ, no que se refere ao indicador em saúde da mulher contribuindo para a consolidação de uma melhoria da qualidade da assistência do binômio mãe-filho resultado da formação de vínculos efetivos por meio de relações estreitas profissional-usuário. O artigo 2 destaca que a formação complementar do profissional apresenta-se muito acima da média quanto comparado ao desempenho do estrato estadual e nacional. No que concerne à educação permanente, o resultado também revela um desempenho muito satisfatório. Entretanto, no que diz respeito à Gestão do Trabalho com Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, o município ainda tem que se empenhar em melhorar o ingresso na função pública por meio de concurso público, além da valorização do trabalho com a implementação de Plano de Cargo, Carreira e Salário que contemple a proteção social e a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The study discusses the performance evaluation of the Health Strategy teams of the Family (ESF) in the city of Montes Claros, Minas Gerais through the monitoring of health indicators and quality standard contracted in the program national Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) order to verify the impact of primary care on the health situation. This is a cross-sectional descriptive nature with quantitative approach carried out with the teams of Family Health Strategy with the use of a form to search for secondary data obtained from the Information System in Primary Care (SIAB) of each health team separately provided by the Municipal Health through reports getting the data to calculate the selected performance indicators and monitoring to assess the main strategic focus of primary care contained in Ordinance No. 2488/2011 and use of secondary data belonging to the External Evaluation component in the year 2012. Data analysis was guided in the light of descriptive statistics, presenting the findings through frequencies and measures of central tendency beyond the descriptive analysis to check the trend of the indicators, it is changes over time deployment of teams of professional time spent on the same team, time of work and qualification. In Article 1, the results converge towards point that longitudinality professional nursing associated with vocational training in family health residence implies better performance in the evaluation of PMAQ, as regards the indicator on women's health contributing to the consolidation of improved binomial care quality mother-child result of the formation of effective linkages through professional-user close relations. The Article 2 highlight the additional training of professional was well above average as compared to the performance of state and national stratum. With regard to continuing education, the result also reveals a very satisfactory performance. However, with regard to labor management to labor and social security rights assurance and prospect of continued bond, the municipality has yet to engage in improving entry into the civil service through public tender, in addition to the work of recovery with the implementation of Cargo Plan, Career and Salary covering social protection, progression by performance evaluation and / or development.

Keywords: Primary Health Care; Quality Indicators, Health Care; Women's Health; Health management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB	Equipe da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MCQ	Melhoria Contínua da Qualidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargo e Salário
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica.....	17
3.2 A efetivação da Atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família.....	18
3.3 Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde da Atenção Básica: Aspectos histórico-evolutivos.....	21
3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	25
4 METODOLOGIA	33
5 PRODUTOS	36
5.1 Artigo 1: Desempenho das equipes de saúde da família de Montes Claros sob a perspectiva do PMAQ.....	37
5.2 Artigo 2: Valorização do trabalhador na atuação da gestão da atenção básica	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	95
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política pública de maior inclusão social e fruto de vários acontecimentos históricos dentro de um contexto político-social que conduziu para a maior conquista da sociedade, representada pela saúde como direito de todos e dever do Estado. E a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como uma alternativa para mudança do modelo assistencial, imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença, integrada ao ideário do SUS (1).

A ESF tem como objetivo principal a reorganização da atenção básica, com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Foi criada em 1994, sob o nome de Programa Saúde da Família (PSF), alterando-se para Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, e tem como desafio mudar o paradigma da saúde-doença, que era centrado no polo negativo, para o polo positivo, em que o foco de trabalho passa a ser a saúde, compreendida de forma mais ampla, vinculada à qualidade de vida, com a priorização da promoção à saúde e prevenção de doenças (2).

Dessa forma, a ESF apresenta-se como a estratégia prioritária para organização, expansão e consolidação da atenção básica à saúde, sendo estruturada na lógica de atuação participativa, visando transformar os indivíduos em sujeitos do processo de melhoria de sua saúde, juntamente com a de sua família e, por conseguinte, da comunidade, gerando autonomia e ampliando a capacidade da construção do cuidado à saúde (3,4).

A saúde passou a ser compreendida como uma produção social, necessitando de vários olhares para que o indivíduo seja visto em toda a sua totalidade. Assim, com a criação da ESF, a equipe multiprofissional deixou de ser um aspecto administrativo e passou a ser o alicerce da efetivação da reorganização da atenção básica. As equipes multiprofissionais em saúde da família são formadas por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde, sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias e pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada (3).

A ESF baseia-se no fortalecimento da atenção à saúde, dando destaque para a integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção, a qual vai além das práticas curativas e tem como foco principal a prevenção das doenças (3).

Nessa perspectiva, a ESF reorganiza a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para o enfrentamento das necessidades apresentadas

pela pessoa, família e comunidade, representando, dessa maneira, o eixo orientador do trabalho e do cuidado dos demais níveis hierárquicos (5,6).

Coordenar o cuidado representa a principal função das equipes de saúde da família que auxiliam o manejo adequado das demandas e necessidades de saúde por meio de acolhimento, formação de vínculo e escuta qualificada, oferecendo uma resposta positiva, capaz de minimizar danos e sofrimento. Desse modo, impacta a melhoria da situação de saúde, aliada à resolubilidade por meio da utilização de tecnologias de cuidado individual, familiar e coletivo, gerindo projetos terapêuticos concebidos de forma articulada com o cliente, na perspectiva da ampliação da autonomia e da corresponsabilidade (3).

Assim, a organização do sistema de saúde, baseado na atenção básica, com a prestação de serviços de qualidade, influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, no melhor controle das doenças crônicas e na diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, dessa forma, a expectativa de vida, o que demonstra o efeito positivo ocasionado pela garantia do acesso e qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família (3, 5, 7, 8).

Para que a ESF ofereça à população atenção de saúde resolutiva e humanizada, com garantia de maior efetividade e eficiência das ações, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologias e ferramentas de monitoramento, avaliação de processos com resultados mensuráveis, aliado à melhoria contínua da qualidade do serviço, incluindo-se os aspectos organizacionais, gerenciais e operacionais (3).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde – OMS (1993) – definiu a qualidade da assistência à saúde em função da existência de um conjunto de elementos que inclui um elevado grau de competência profissional e a eficiência no uso dos recursos materiais e financeiros, com garantia de um cuidado com menor risco, visando à segurança do cliente, aliado a um alto grau de satisfação dos usuários e com um impacto favorável na saúde (9).

Consonante as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde apresenta como diretriz a execução de uma gestão pública fundamentada no monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, com garantia de padrão de qualidade comparável em níveis nacional, regional e local, proporcionando qualificação das práticas da atenção básica com eficiência e efetividade. Portanto, a qualidade em saúde passa a ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades, expectativas e padrão de satisfação dos usuários (3, 5, 7, 8, 9).

A garantia da qualidade em saúde fundamenta-se em parâmetros ou atributos que devem apresentar coerência e interdependência entre si, sendo denominados como os sete pilares de sustentação da qualidade, conforme definição proposta por Avedis Donabedian: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (8, 9).

Outro aspecto utilizado na avaliação de qualidade é a abordagem baseada no modelo sistêmico, proposta por Donabedian, por meio dos componentes: Estrutura envolvendo a infraestrutura, os recursos humanos, materiais (insumos, materiais permanentes e medicamentos), recursos financeiros, sistemas de informação e instrumentos técnico-administrativos, apoio matricial, político e de gestão e todas as condições organizacionais necessárias ao processo assistencial.

Já o componente Processo, vincula-se à realização do cuidado prestado ao indivíduo, de acordo com os padrões técnico-científicos, envolvendo todas as etapas que abrangem o levantamento de necessidades e problemas, hipótese diagnóstica, métodos de diagnose clínica, laboratorial e imagem e a assistência prestada. Outro componente, o Resultado, refere-se ao efeito das ações realizadas nas unidades de saúde, ou pelo profissional, relacionado às mudanças no estado de saúde, no estilo de vida, bem como à satisfação do usuário e do trabalhador com a prestação dos cuidados (8, 9).

No setor saúde, o grande desafio é a institucionalização da avaliação, incorporando-a ao processo de trabalho das equipes, o que possibilita o monitoramento da capacidade dos serviços, a fim de responder às reais necessidades de saúde, assim como acompanhar os resultados das intervenções, identificando e corrigindo, em tempo hábil, os problemas e realizando oportunamente a retroalimentação do planejamento (10).

Nesse aspecto, diversos esforços têm sido empreendidos no sentido de institucionalizar a avaliação, qualificar e ajustar os princípios e atributos da atenção básica, em busca da qualidade continuada, haja vista a necessidade de atualização permanente dos padrões de qualidade. E, assim, tendo-se atingido determinado padrão, faz-se necessário o surgimento de um patamar superior a ser alcançado, pois é impossível estabelecer indicadores absolutos, ou seja, invariáveis ao longo do tempo, uma vez que a realidade da situação de vida e de saúde é dinâmica (8).

A institucionalização da avaliação teve início com o lançamento da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, no ano de 2003, seguida, no ano de 2005, pelo projeto estratégico Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que consistia na aplicação de instrumentos autoavaliativos, com envolvimento dos

atores sociais (gestores, profissionais), objetivando impulsionar e internalizar o processo avaliativo, bem como apontar caminhos para melhoria da qualidade (8, 9).

No ano de 2010, instituiu-se a proposta Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), que envolve processo dinâmico e participativo de identificação de problemas e de soluções com a utilização de ciclos de melhoria contínua (8, 10). Além disso, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1.654/ 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual objetiva ampliar o impacto da atenção primária sobre a situação de saúde, com efetividade e resolubilidade, bem como promover o acesso e a melhoria da qualidade, por meio da elaboração de padrões de boas práticas e organização, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e apoio institucional, aliados à melhoria da qualidade da alimentação dos sistemas de informação (8, 10).

O PMAQ (10) fundamenta-se em sete diretrizes: (1) Possuir parâmetros de comparação entre as equipes, considerando as diferentes realidades de saúde; (2) Processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores para acesso, monitoramento e avaliação; (3) Ser transparente, permitindo o acompanhamento das ações e resultados; (4) Gestão participativa, com envolvimento dos gestores, equipes e usuários; (5) Gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; (6) Qualificação dos trabalhadores e das relações de trabalho e orientação comunitária, baseada na realidade local; (7) Caráter voluntário para adesão.

O desenvolvimento dessa política tem como ponto de partida a autoavaliação, que visa à reorganização da equipe e da gestão, embasado num conjunto de padrões de qualidade esperado quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações, cuja ferramenta construída foi a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), embasada em duas unidades de análise – Gestão e Equipe –, organizadas de forma equivalente (10).

Dessa maneira, tendo em vista a importância da avaliação das ações desenvolvidas na atenção básica como instrumento de melhoria de sua qualidade e efetividade, elaborou-se este estudo, partindo da seguinte questão norteadora: Qual o desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais, em relação aos indicadores de saúde e padrão de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), na área estratégica Saúde da Mulher e na dimensão valorização do trabalhador?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais em relação aos indicadores de saúde e padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na área estratégica Saúde da Mulher e na dimensão valorização do trabalhador.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar o grau de adequação do padrão de qualidade entre as equipes de saúde da família e o parâmetro nacional e municipal nos indicadores de desempenho na saúde da mulher.
- Estabelecer correlação entre padrão de qualidade e fatores associados- tempo de implantação das equipes, tempo de permanência dos profissionais na mesma equipe, tempo de atuação e qualificação dos profissionais.
- Analisar a atuação da gestão da Atenção Básica na dimensão valorização do trabalhador para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) proporcionou visibilidade internacional para a Atenção Primária à Saúde (APS). Essa conferência ficou conhecida como Alma-Ata e enfatizou três aspectos: (1) Saúde entendida como completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a inexistência de doença, sendo concebida como um direito fundamental; (2) A desigualdade do estado de saúde das populações é inaceitável política, social e economicamente, constituindo-se como um objeto da preocupação comum em todas as nações; (3) O desenvolvimento econômico e social é imprescindível para a realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução do fosso existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos (1, 11, 12, 13).

A APS é o nível do sistema de saúde que representa a porta de entrada para todas as novas necessidades e novos problemas com atenção à pessoa e não à doença, no decorrer do tempo, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos tanto básicos quando especializados, necessários ao enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade (5).

A APS orienta-se pelos seguintes atributos (5):

- Primeiro contato - favorece a acessibilidade e o uso oportuno do serviço de saúde a cada novo problema ou necessidade, visando alcançar os melhores resultados possíveis em saúde, sendo compreendida como porta de entrada para os serviços de saúde;
- Longitudinalidade - esse atributo proporciona o aumento do vínculo com equipe de saúde e o adequado manejo clínico dos problemas de saúde, por meio da existência de uma fonte regular de atenção com uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários, em suas Unidades de Saúde, independentemente do problema de saúde ou, até mesmo, da existência de algum problema;
- Integralidade - reconhece as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las, seja direta, na unidade de saúde, ou indiretamente, por meio da coordenação do cuidado em outros pontos de atenção;

- Coordenação - significa a continuidade da assistência nos diversos pontos de atenção, exercendo a APS o papel de organizadora das necessidades de saúde da população; sem a coordenação, a longitudinalidade perde a sua contribuição.

O princípio da coordenação, também compreendido como continuidade, viabiliza a função organizativa da APS, porém existem entraves para a efetivação desse princípio, já que o encaminhamento das equipes para o nível secundário não garante o atendimento (13).

Existem dois atributos acrescentados na realidade nacional: o primeiro é a centralização na família, com o olhar da equipe sobre os problemas de saúde dos membros da família, por meio de uma abordagem familiar e intervenções personalizadas, ao longo do tempo; o segundo é a orientação comunitária, por meio da definição e caracterização da comunidade, tendo o Agente Comunitário de Saúde como estimulador dessa orientação, possibilitando o aumento do vínculo e o envolvimento da comunidade nas decisões de saúde, exercendo, assim, o controle social (12, 14).

3.2. - A efetivação da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A crise da saúde brasileira originou uma busca de alternativas para promover a mudança do modelo assistencial centrado na doença, hospitalocêntrico, focado no paradigma flexneriano, centrado na prática sanitária da atenção médica, altamente individualista e especializada, mostrando-se incapaz de atender às necessidades de saúde da população e responder às exigências internacionais contidas na Carta de Alma-Ata (13).

As mudanças nos rumos das políticas de saúde exigiam a adoção de novos modelos assistenciais que priorizem a promoção à saúde e a prevenção de doenças, possuindo duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (5).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, foi uma estratégia abraçada pelo Ministério da Saúde, que serviu de alicerce para a consolidação dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização com comando

único, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação popular. O PACS serviu de sustentação para a implantação da Estratégia Saúde da Família (15).

Implantada a partir de 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como a principal abordagem de organização da atenção básica à saúde, fortalecendo as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção e reabilitação da saúde de forma contínua e integral e contemplando os princípios e diretrizes do SUS, como determina a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (15).

A Estratégia Saúde da Família representa o eixo norteador da expansão e consolidação da atenção básica/atenção primária à saúde, que tem como diretriz o desenvolvimento de uma atenção integral e equânime, desenvolvida de maneira descentralizada e capilarizada, levando a atenção o mais próximo da realidade local, sendo, portanto, a principal porta de entrada ao SUS. A ESF tem a função de coordenar o cuidado em todos os níveis de atenção, auxiliando o manejo adequado das demandas e necessidades de saúde por meio do acolhimento, formação de vínculo, escuta qualificada, oferecendo uma resposta positiva, capaz de minimizar danos e sofrimentos, impactando a melhoria da situação de saúde, aliada à resolutividade com a utilização de tecnologias de cuidado individual, familiar e coletivo, gerindo projetos terapêuticos concebidos de forma articulada com o cliente, na perspectiva da ampliação da autonomia e da corresponsabilidade (3, 7, 10, 16).

A Atenção Básica, representada pela ESF, orienta-se pelos atributos da atenção primária e pelos princípios e diretrizes do SUS, além de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, visando a uma atenção integral e integrada, fundamentada em diretrizes principais: I - Territorialização e Responsabilização Sanitária; II - Adscrição dos Usuários e Vínculo; III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial; IV - Cuidado Longitudinal; V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde; VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede; VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional; VIII - Resolutividade (17).

Para que a Saúde da Família alcance os atributos, fundamentos e diretrizes, oferecendo à população atenção de saúde resolutiva e humanizada, com garantia de maior efetividade e eficiência das ações, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologias e ferramentas de monitoramento, avaliação de processos com resultados mensuráveis, aliada à melhoria contínua da qualidade do serviço, incluindo os aspectos organizacionais, gerenciais e operacionais (3, 10, 12).

Nesse modelo de saúde da atenção básica, o centro da organização do sistema foi alterado de pirâmide para a organização em rede, do qual partem os demais componentes, como atenção especializada, internações, apoio diagnóstico e laboratorial, entre outros, oferecendo-se, assim, uma atenção integral, conforme a Lei 8.080/90 (12).

Essa mudança nos rumos das políticas de saúde teve como foco a priorização da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Diante disso, a ESF apresenta-se como a estratégia prioritária para organização, expansão e consolidação básica à saúde, já que constitui a porta de entrada a todas as necessidades e novos problemas com atenção à pessoa e não à doença, no território nacional (3, 7, 10, 12).

Mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a ESF proporciona, em um território definido, a atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade. Para que haja efetividade nesse processo, é necessário organização, coordenação e racionalização do uso adequado dos recursos, tanto básicos quanto especializados, para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade (3, 7, 10, 12).

A ampliação do impacto da atenção básica no perfil de morbimortalidade da população brasileira, especialmente nas internações e condições sensíveis à atenção primária, somente será alcançada com equipes de saúde da família, resolutivas e comprometidas com as condições de saúde da população e fortalecidas/apoiadas pelos gestores, por meio de políticas públicas (7, 10, 12).

Com o objetivo de ampliar o impacto da atenção primária sobre a situação de saúde, com efetividade e resolubilidade, o PMAQ visa melhorar a satisfação dos usuários, promover o acesso e aprimorar a qualidade, com a elaboração de padrões de boas práticas e organização, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e educação permanente. O uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão contribui para a melhoria da qualidade e institui a cultura da avaliação, com base na indução e acompanhamento de processo e resultados (3,10).

3.3- Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde da Atenção Básica: aspectos histórico-evolutivos

A construção e o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro tem como alicerce o processo de avaliação, o qual possibilita um efetivo controle social, com a participação dos diferentes atores (população, trabalhadores, gestores, prestadores de serviços, instituições de ensino) (18).

A avaliação caracteriza-se por dois aspectos: 1) O ato da avaliação vincula-se a um julgamento de valor de um dado objeto e, nos serviços de saúde, refere-se a uma intervenção, em que os critérios utilizados devem estar claros, explícitos e pactuados previamente para todos os envolvidos; e 2) A avaliação intervém na realidade e no processo de tomada de decisão e, por consequência, deve promover mudanças. O processo de avaliação deve ser desvinculado do conceito de julgamento, punição ou meramente classificação de desempenho e tampouco ser compreendido como um fim em si mesmo, devendo fazer parte do ciclo de planejamento participativo, objetivando pôr em prática a melhoria contínua da qualidade, visando implementar mudanças, seja no processo de trabalho ou nas condições de saúde (8).

As ações de saúde constituem objeto de avaliação, em todas as dimensões, seja no âmbito individual do cuidado prestado, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização, envolvendo tanto aspectos de políticas, de programas e do próprio serviço (9).

A qualidade na área da saúde deve estar pautada em um sistema de avaliação que utilize indicadores que subsidiem o planejamento, por meio da verificação do cumprimento dos objetivos e metas, favorecendo a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível. Essa qualidade pode ser compreendida, segundo Donabedian (1985), como o nível no qual as instituições de saúde atendem às necessidades, às expectativas e ao padrão de atendimento dos clientes, resultando em satisfação (8, 9).

A utilização de indicadores na avaliação da qualidade permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria do processo de trabalho em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável. Entretanto, o indicador de excelência tem que possuir alguns atributos: disponibilidade, confiabilidade, validade, simplicidade, discriminabilidade, sensibilidade, abrangência, baixo custo e utilidade (9).

O monitoramento dos indicadores é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, integrando o processo avaliativo. Esse monitoramento envolve a coleta, o processamento e a análise sistemática e periódica de informações, com o intuito de observar o desempenho operacional da execução das atividades e ações, conforme o

planejamento, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, subsidiando a tomada de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos, com vistas ao alcance dos resultados esperados (11, 18, 19).

Diante disso, o monitoramento é considerado uma parte do processo avaliativo e também é um instrumento de gestão, já que, quem monitora avalia, e quem avalia tem a condição de confirmar ou corrigir o planejamento, exercendo a direcionalidade das ações e possibilitando uma avaliação contínua de um processo ou fenômeno (11, 18).

A avaliação em saúde deve ocorrer de maneira contínua e sistemática, por intermédio de uma análise crítico-reflexiva sobre o processo de trabalho, no âmbito dos serviços de saúde. Essa análise do fazer cotidiano deve possuir caráter participativo, envolvendo todos os atores sociais no processo de negociação e pactuação, com o compartilhamento de corresponsabilidades no alcance dos indicadores propostos. Esse envolvimento fortalece o movimento de transformação da sociedade, por meio da corresponsabilidade do usuário na construção de um serviço de saúde eficaz, eficiente e efetivo. Portanto, a avaliação é um poderoso instrumento de mudanças, devendo ser incorporado dentro das instituições de saúde como atividade sistemática e cotidiana (11, 18, 19).

A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, em especial na Atenção Básica, é considerada elemento essencial para a qualificação das ações e serviços de saúde mediante de um processo de gerenciamento organizado e sistematizado que responda às necessidades em saúde, acompanhe os efeitos das intervenções, identifique e corrija os problemas envolvendo a gestão e o cuidado, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados e ampliando o impacto sobre as condições de saúde da população e consequentemente as mudanças no perfil epidemiológico (10, 11, 18, 20).

Historicamente, o Ministério da Saúde (MS), enquanto gestor federal, foi o indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, por meio da construção de diversas estratégias de incorporação da avaliação em saúde nas instituições, objetivando a mudança paradigmática de avaliação de caráter meramente prescritivo e burocrático para uma avaliação contínua, de caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas (11, 18).

No contexto histórico, a institucionalização da avaliação necessitou da elaboração de inúmeras políticas de avaliação de programas, no âmbito do SUS, em que a política de monitoramento e avaliação da atenção básica foi essencial (11).

No ano 2000, ocorreu a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde e, paralelamente, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA), que tinha como propósito a formulação e condução dos

processos avaliativos. Em 2003, com expressiva ampliação da Estratégia Saúde da Família, houve a redefinição da missão da CAA: monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentando/consolidando a cultura avaliativa nas três esferas de gestão do SUS (21).

No período 2003-2005, com a expansão da ESF, especialmente nos municípios de grande porte, ocorreu o desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, construindo a viabilidade para a estruturação, na esfera estadual, da capacidade técnica em avaliação, com vistas ao caminho da institucionalização (21).

As equipes de saúde da família, no ano de 2010, estavam implantadas em 94,8% dos municípios brasileiros, fazendo-se necessária a criação de metodologias ativas que impulsionassem o processo de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) da atenção. Assim, o MS implementou o instrumento de autoavaliação e autogestão, Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) que contém um Ciclo de MCQ em si mesmo – avaliação, escolha de padrões prioritários para melhoria, planejamento da melhoria, por meio da utilização da matriz de intervenção, e intervenção (8).

A AMQ caracteriza-se como um processo: dinâmico, participativo e contínuo; integrado à rotina de trabalho das equipes; orientado pelo modelo da Atenção Primária à Saúde; sintonizado com as necessidades de saúde da população; livre adesão; e não envolve incentivo nem punição relacionados à adesão e resultados (8).

A AMQ utiliza a abordagem sistêmica de Donabedian, contemplando os componentes de estrutura, processo e resultados; é constituída por cinco instrumentos autoavaliativos, subdivididos em unidades de análise (Gestão e Equipes), Dimensões (1- Desenvolvimento da ESF, voltado para gestores; 2- Coordenação técnica das equipes; 3- Unidades Básicas de Saúde; 4- Consolidação do modelo de atenção; 5- Atenção à saúde) e Subdimensões (Implantação da ESF, integração da rede de serviços, gestão do trabalho, fortalecimento da coordenação, planejamento e integração, acompanhamento das equipes, educação permanente, gestão da avaliação, infraestrutura e equipamentos, insumos, medicamentos e imunobiológicos, organização do trabalho em saúde, acolhimento, humanização, controle social, promoção da saúde, saúde da criança e do adolescente, saúde de mulheres e homens adultos, saúde de idosos, vigilância à saúde, prevalência regional) (22).

A avaliação em cada um dos instrumentos AMQ é apresentada por padrões de qualidade categóricos, em sim ou não, para cada item adotado como referência de parâmetros de qualidade. Ao final é atingido um total de 300 padrões, classificados em cinco estágios de

desenvolvimento de qualidade: Elementar (E), Desenvolvimento (D), Consolidado (C), Bom (B) e Avançado (A). Os primeiros estágios (E, D e C) apontam situações relativas à fase de implantação das equipes, já os estágios (B e A) se referem a situações relacionadas à garantia de qualidade da assistência prestada (22).

A AMQ integra-se ao Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), que parte da prerrogativa de que nada é tão bom que não possa ser melhorado e que, sempre, é possível aprimorar a qualidade. A MCQ é formada por momentos ou etapas: Momento 1: Avaliar e monitorar. Momento 2: Eleger a área para a melhoria. Momento 3: Definir o problema. Momento 4: Descrever o processo. Momento 5: Estabelecer os padrões desejados. Momento 6: Selecionar os nós críticos e os fatores relacionados. Momento 7: Planejar as mudanças. Momento 8: Implantar as soluções. Momento 9: Avaliar e monitorar. Essas etapas têm função didática, cada situação local pode exigir implementação dos momentos, em sequências diferentes, com a participação da equipe e da comunidade (8).

Outra grande contribuição ao processo de avaliação da qualidade foi a validação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*PCAtool- Primary Care Assessment Tool*), proposto por Starfield, com o estabelecimento de parâmetros universais de avaliação dos atributos da APS (23).

Para superar as dificuldades e efetivar a avaliação de qualidade na ESF, o PMAQ se apresentou como solução para institucionalizar a cultura de monitoramento e avaliação, em que a qualidade em saúde esperada se refere aos padrões estabelecidos pelas normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, considerando os valores culturais e a competência dos atores (10).

3.4- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Após a implantação das ESF e expansão da cobertura e da ampliação do acesso, houve a necessidade de articular os esforços para a melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto em que o Governo Federal se compromete a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, por meio de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, subsidiando a tomada de decisão, garantindo a transparência dos processos de gestão do SUS e visibilizando os resultados alcançados, o que fortalece o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (17).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica encontra-se fundamentado na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade da atenção básica, por meio da avaliação e certificação das equipes, com o estabelecimento de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, que permite maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (17).

O programa foi instituído pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, que estabeleceu a pactuação de compromissos entre as ESF, gestor municipal e gestor federal e também envolvendo o controle social, o apoio institucional e a educação permanente para fortalecimento das práticas de saúde e encontra-se alicerçado atualmente na Portaria 1.645, de 02 de outubro de 2015 (10, 24).

O PMAQ-AB fundamenta-se em diretrizes: I- definição de parâmetro de qualidade equânime frente às diferentes realidades de saúde, promovendo uma maior resolutividade das equipes; II- efetivação do processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e dos indicadores de acesso e de qualidade que contemple a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados; III - transparência em todas as suas etapas, possibilitando o contínuo acompanhamento das ações e resultados; IV - envolvimento e mobilização dos gestores, das equipes e dos usuários, transformando a cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V- incorporação da cultura de planejamento, negociação e contratualização, com a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e efetivamente alcançados; VI - fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços, em função das necessidades e

da satisfação dos usuários; e VII- posse de caráter voluntário para a adesão, uma vez que o êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (17).

O ciclo do PMAQ-AB é composto por três fases de implantação (Adesão/Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que envolve todas as etapas, assegurando ações de melhoria da qualidade desenvolvidas em todas as etapas do ciclo. Essas etapas ocorrem de forma contínua (10, 17, 25, 26).

Com o intuito de garantir o princípio doutrinário da equidade na comparação das equipes durante a certificação, os municípios foram distribuídos em estratos, de acordo com realidades socioeconômicas e demográficas parecidas. A comparação entre os municípios ocorre através do cálculo de um índice composto por cinco indicadores e com variação de zero a dez, formando estratos para comparação de municípios, com cada indicador possuindo diferentes pesos. Os indicadores utilizados para atender, de forma equânime, aos municípios são: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (peso 2), percentual de população com planos de saúde (peso 1), percentual da população com bolsa família (peso 1), percentual de população em extrema pobreza (peso 1) e densidade demográfica (peso 1) (10, 17, 24-26).

Os municípios foram distribuídos em seis estratos com critérios de estratificação para comparação, de acordo com a sua pontuação total e porte populacional (10, 17): Estrato 1 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; Estrato 2 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; Estrato 3 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; Estrato 4 - Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes e, também, Municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; Estrato 5 - Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes e, também, Municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; Estrato 6 - Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

A adesão formal, voluntária, ao programa ocorre por meio da contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de saúde, o gestor municipal e destes com o Ministério da Saúde, formalizada por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico, a ser indicado pelo Ministério da Saúde, desenvolvendo um processo de pactuação local, regional e estadual. Vale destacar que o gestor é o responsável pela confirmação da adesão e (re)contratualização das equipes do seu município (10, 17, 24, 26).

O caráter voluntário para a adesão ao PMAQ revela o pressuposto de que o desempenho depende da motivação, proatividade e protagonismo dos atores envolvidos e, também, está associado à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (25).

A segunda fase envolve o desenvolvimento do conjunto de ações que, realizadas pela equipe, pelo gestor municipal e pelo Ministério da Saúde, visa à qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão. Essa fase compreende o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, organizado em cinco dimensões que devem ser realizadas pelas equipes, sendo processos de Autoavaliação; Monitoramento de indicadores; Educação Permanente; Apoio Institucional e Cooperação Horizontal presencial e/ou virtual que permitem a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade em saúde (17, 25, 26).

O processo de autoavaliação representa o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, uma vez que provoca a reorganização da equipe e da gestão por meio da análise do processo de trabalho, o qual permite a identificação e o reconhecimento dos aspectos positivos e negativos, produzindo sentidos e significados facilitadores para a iniciativa de mudanças e aprimoramento mediante a identificação de prioridades de atuação, elaboração de estratégias para superar os problemas e alcance de metas e objetivos acordados em equipe, promovendo a melhoria da qualidade dos serviços (17, 26).

Nessa etapa, as equipes utilizam algum instrumento para autoavaliação, seja o AMAQ (Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade), AMQ (Avaliação de Melhoria da Qualidade) ou outros instrumentos desenvolvidos pelo estado, pelo município ou pela própria equipe (25, 26). Entretanto, vale destacar que existe a recomendação de que a autoavaliação seja realizada utilizando a AMAQ, instrumento desenvolvido especialmente para o programa, sendo composto por um conjunto de padrões de qualidade referente à gestão e à atenção. A AMAQ possui quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões e, estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a AB (25).

Na dimensão Monitoramento, é proposto o acompanhamento dos indicadores que subsidiam o processo de negociação e pactuação de metas e compromissos entre as equipes e o gestor municipal com o Ministério da Saúde, favorecendo a definição de prioridades de educação permanente, apoio institucional e a programação de ações para a melhoria do processo de trabalho por meio do reconhecimento dos resultados alcançados e da efetividade das estratégias de intervenção estabelecidas (17).

O processo de monitoramento não se limita a um fim em si mesmo ou, meramente, ao cumprimento de um compromisso formal, mas deve significar o acompanhamento e a avaliação sistemática das ações como mecanismo capaz de produzir a mudança, aprimorar processo de trabalho, gerar propostas para a melhoria da qualidade das ações e dos processos monitorados, objetivando garantir a qualidade, a eficiência e a efetividade do cuidado, além de promover aprendizado institucional e responsabilização (17, 25, 26).

No que concerne ao Monitoramento, foi definido um conjunto de indicadores, acompanhados de forma sistemática, agrupados em 47 indicadores de contratualização, classificados quanto à natureza do seu uso, sendo 24 de desempenho e 23 de monitoramento. Os indicadores de desempenho foram relacionados ao processo de avaliação externa para análise do município e têm peso na nota para certificação das equipes. Os indicadores de monitoramento não compõem nota para certificação. Os dados agregados por equipe são oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e direcionados para as áreas assistenciais prioritárias apontadas pelo Ministério da Saúde, em sintonia com indicadores do Pacto pela Saúde e do Indicador Nacional de Saúde do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (17, 25, 26).

Vale evidenciar que a obtenção do percentual referente ao monitoramento, na nota final da certificação das equipes (20%), utiliza-se dos indicadores de desempenho, por estarem relacionados com as principais áreas estratégicas da atenção básica – pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes e saúde bucal – e também as marcas estratégicas do gestor federal (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência). Dessa forma, os indicadores de desempenho representam o grupo de indicadores vinculado ao processo de avaliação externa e utilizado na certificação das equipes (17, 25, 26).

Durante a implementação do Eixo Estratégico Transversal de desenvolvimento, as equipes devem realizar a educação permanente, visando qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular, redirecionando o processo de trabalho das equipes, sempre no prisma da busca de maior autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, subsidiando a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (25).

Diante disso, a Educação Permanente em Saúde passa a ser compreendida como um espaço para a aprendizagem coletiva dentro de cada equipe, favorecendo uma interface entre formação, produção de subjetividade e trabalho, visando ao enfrentamento e solução dos problemas cotidianos, que são extremamente dinâmicos e construídos histórica e socialmente.

Esse espaço de gestão de coletivo pode ser traduzido como uma oportunidade para produzir uma escuta pedagógica em saúde, buscando o diálogo e interação entre os atores – profissionais, gestão e população –, potencializando e ampliando a capacidade de enfrentamento e resolução dos problemas, no constante movimento de interação em que esses atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo (27, 28).

Nesse sentido, a educação permanente possui uma dimensão pedagógica e uma dimensão de gestão, já que possui um grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, pautada no processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (25).

Para contemplar essa articulação, o Ministério da Saúde definiu uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, por meio da aprovação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que conceitua Educação Permanente como a aprendizagem no trabalho, em que ocorre a inter-relação entre o aprender e o ensinar, incorporada ao cotidiano do trabalho e das instituições, levando em consideração os problemas reais, cujo enfrentamento se faz com a utilização dos conhecimentos e experiências prévias dos profissionais. Da problematização do processo de trabalho, deve ser estruturada a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, pautados na realidade local das necessidades de saúde da população adscrita, ou seja, o profissional deve ser resolutivo na sua localidade, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho em aprendizagem significativa (29, 30).

Esse processo articulado de aprendizagem significativa resulta na noção de gestão colegiada, em que todos são autores e atores da produção coletiva por meio das Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que representam espaços de diálogo e negociação entre os membros da equipe de saúde e as instituições formadoras, colocando-os como participantes de uma operação conjunta, em que todos são protagonistas da implementação da melhor e mais adequada ação (30, 31).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contempla os princípios e diretrizes do SUS, articulados à Atenção Integral à Saúde e à Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, na rede do SUS, considerando a construção de uma rede de cuidados organizada de forma horizontal, contemplando a poliarquia, rompendo com a hierarquização vertical dos recursos, das tecnologias e alocação dos profissionais, visando contemplar a integralidade e a resolutividade dos processos de atenção à saúde, garantindo a efetivação do controle social e da produção e disseminação de conhecimento (29, 30).

Essa cadeia do cuidado progressivo deve ser compreendida como a rede de articulação de todos os serviços de saúde, de forma contextualizada e reconhecendo as histórias de vida

como meio para assegurar o adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações, com vistas à humanização dos serviços de saúde (22-24). Esse aspecto da Educação Permanente corrobora as dimensões do Apoio Institucional e da Cooperação Horizontal presencial e/ou virtual, que permitem a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade em saúde (17, 24, 26).

O apoio institucional objetiva a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde para um modo compartilhado de responsabilidade, buscando auxiliar as equipes no processo de trabalho mediante a construção/experimentação de intervenções e mediação de conflitos, enfrentamento dos desconfortos e, também, a utilização de ferramentas e tecnologias (10).

No final da Fase 2 do PMAQ-AB, ocorre a Certificação composta pela avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, por meio da verificação de evidências da existência de um conjunto de padrões previamente determinados; avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização; verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica (24).

No processo de certificação do PMAQ-AB, o desempenho final de cada equipe é composto por: I – Implementação de processos autoavaliativos (10% da nota), verificando-se o instrumento utilizado e documentos comprobatórios dessa etapa como o preenchimento do instrumento e da matriz de intervenção; II – Verificação do desempenho no monitoramento do conjunto de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ-AB (20% da nota); III – Verificação do desempenho para conjunto de padrões de qualidade verificados na avaliação externa (70% da nota) (24, 31).

O instrumento para avaliação externa é composto por padrões de qualidade estabelecidos conforme as normas, protocolos, princípios e diretrizes organizacionais das ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos, considerando a competência dos atores envolvidos (gestão municipal e equipes de atenção básica), sendo organizado em módulos: Observação na unidade básica de saúde; Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde; Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (26).

Esse instrumento possui 893 padrões de qualidade contidos na Matriz de Pontuação, organizados em cinco dimensões avaliativas e trinta e quatro subdimensões (10, 26):

- DI- Gestão Municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica (subdimensões: estruturação da equipe gestora, apoio institucional e verificação de compromissos pactuados pelo gestor municipal);
- DII- Estrutura e Condições de funcionamento das UBS (subdimensões: verificação da infraestrutura, acessibilidade, ambiência, disponibilidade de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos);
- DIII- Valorização do trabalhador (subdimensões: formação dos membros da equipe, educação permanente, condições de trabalho, garantia dos direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira);
- DIV- Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho (subdimensões: avaliação de acesso, acolhimento, ferramentas de gestão do cuidado, assistência à saúde nas áreas prioritárias);
- DV- Acesso, utilização e participação e satisfação dos usuários (subdimensão: controle social).

Cada subdimensão avaliada possui valor entre 1 e 4, definido de acordo com a relevância técnica, estratégica e política pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (26).

O avaliador verifica documentos na unidade de saúde e analisa o processo de trabalho e organização da assistência, além de entrevista com os usuários para conhecer a satisfação e percepção, buscando verificar em lócus as condições de acesso e qualidade e também identificar os esforços e resultados das equipes participantes e dos gestores municipais, na qualificação da atenção básica (10, 25, 26).

O PMAQ estabelece como elemento central a implementação de mecanismos de financiamento da AB, por meio da contratualização de compromissos pelas equipes, da gestão municipal e estadual e da vinculação das transferências de recursos por desempenho das equipes, reconhecendo os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores das equipes que buscam desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população (25).

Diante disso, os Municípios que aderirem ao PMAQ-AB fazem jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), repassado aos Municípios (3,10,17).

A partir da avaliação e ponderação das dimensões mencionadas anteriormente, as equipes contratualizadas recebem classificações de desempenho e, após a publicação da certificação, os municípios passam a receber o valor fundo a fundo correspondente ao desempenho de cada equipe (3,10,17):

I – Desempenho ótimo (Muito Acima da Média): as equipes cujo resultado alcançado foi maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes do seu estrato. Nesse ponto, o município receberá 100% do componente variável do PAB Variável (R\$6.500,00 ou R\$ 8.500,00);

II – Desempenho bom (Acima da Média): as equipes com resultado alcançado maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes do seu estrato. Com esse resultado, o município passa a receber 60% do incentivo financeiro (R\$3.900,00 ou R\$5.100,00);

III – Desempenho regular (Mediano ou Pouco Abaixo da Média): desempenho menor que a média do desempenho das equipes do seu estrato maior ou igual a menos um desvio padrão (-1DP) da média do desempenho das equipes em seu estrato. Nessa situação, o gestor continua recebendo 20% do incentivo financeiro (R\$1.300,00 ou R\$ 1.700,00), mas a equipe deve assumir um termo de ajuste na recontractualização;

IV – Desempenho insatisfatório: desempenho da equipe menor que -1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes do seu estrato. O município deixa de receber o incentivo financeiro referente àquela equipe, e deve ser assinado um termo de ajuste pelo gestor local e EAB.

O PAB Variável, repassado para o fundo municipal de saúde, deve ser utilizado de acordo com a decisão da gestão municipal, não havendo portarias do Ministério da Saúde com definição explícita da forma de utilização, entretanto as normativas ministeriais incentivam a negociação entre gestores e equipes e propõem investimentos nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração de acordo com a certificação de desempenho (24).

A Recontractualização conduz as equipes a processos de repactuação dos Municípios, com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB, resultando em avanço sistemático do programa PMAQ (19, 12).

4 METODOLOGIA

A opção metodológica para análise e compreensão do objeto foi uma pesquisa transversal, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa. O caráter transversal desse estudo pauta-se no fato de que o sujeito estudado, a relação entre a presença ou ausência de um fator de exposição e a ocorrência da doença são analisados ao mesmo tempo (32).

A abordagem quantitativa possibilita o delineamento ou análise de certas características de uma população ou coletividade específica, utilizando técnicas como questionários e formulários (32).

Vale ressaltar que, para melhor abrangência do tema, utilizou-se o método descritivo, que permite descrever com precisão os fatos e os fenômenos de uma realidade e tem como foco principal o desejo de conhecer melhor o objeto que se pretende pesquisar, proporcionando uma maior familiaridade com esse objeto. O estudo descritivo possui três objetivos centrais: (1) possibilita a avaliação do estado de saúde de uma população, fornecendo uma base para comparação entre comunidades diferentes; (2) fundamenta o planejamento e avaliação dos serviços de saúde; (3) identifica necessidades e problemas que requerem estudos mais detalhados por meio de outros métodos (32).

A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, localizado no norte do Estado de Minas Gerais, que possuía 86 ESF registradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2011, entretanto a adesão voluntária para participação no PMAQ estava autorizada somente para 50% das equipes existentes nos municípios brasileiros, no primeiro ciclo de vigência do PMAQ (2011-2012), sendo assim 43 equipes montes-clarenses foram vinculadas ao programa, comprometendo-se a efetivar o processo de qualidade e acesso à saúde e cumprimento dos indicadores contratualizados.

Os sujeitos selecionados para compor este estudo foram os profissionais de nível superior das 43 equipes de Saúde da Família, ressaltando-se que a escolha dos sujeitos se relaciona à condicionalidade do PMAQ, em que o membro da equipe entrevistado durante a fase da avaliação externa deve ser obrigatoriamente profissional de nível superior.

Fizeram parte do estudo as equipes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Equipes de Estratégias Saúde da Família que fizeram adesão e contratualização no PMAQ no primeiro ciclo de vigência 2011-2012; Apresentaram bases de dados atualizadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), nos anos de 2010 a 2012.

Os profissionais participantes atenderam aos critérios: Ser profissional de nível superior da equipe há, no mínimo, seis meses; aceitar participar da pesquisa; ser encontrado até a terceira tentativa.

Este estudo utilizou como instrumento para a coleta de dados primários a aplicação de um formulário usado como roteiro (Apêndice A) para a busca de dados secundários, obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) eletrônico de cada equipe de saúde, separadamente disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em seguida, a média aritmética simples do indicador foi calculada com base nos resultados de cada equipe, sendo posteriormente comparado ao resultado do conjunto de indicadores de desempenho e monitoramento, selecionado nos principais focos estratégicos da atenção básica, contidos na Portaria nº 2.488/ 2011, destacando-se, neste estudo, a área estratégica Saúde da Mulher, em especial o Pré-natal.

Foram, também, coletadas informações sobre o tempo de implantação da equipe, tempo de atuação e qualificação dos profissionais e tempo de permanência do profissional enfermeiro e médico na mesma equipe, haja vista que esses profissionais se vinculam diretamente ao cumprimento dos indicadores de desempenho avaliados.

Houve, além disso, a coleta de dados secundários pertencentes ao componente Avaliação Externa, no ano de 2012, na dimensão Valorização do Trabalhador (Anexo A), disponível no Consolidado de desempenho do município de grande porte no Norte de Minas Gerais (MG), a partir dos dados do PMAQ-AB fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde sobre Avaliação Externa.

A análise dos dados foi guiada à luz da estatística descritiva, apresentando-se os achados através de frequências e medidas de tendência central e de dispersão, além de ter sido realizada uma análise descritiva, com a utilização do modelo de regressão linear simples para verificar a tendência dos indicadores.

Os resultados obtidos pelas equipes no período avaliado, na série histórica, foram comparados com os respectivos parâmetros mínimos estabelecidos pelo PMAQ/Ministério da Saúde, destacando-se que o parâmetro se refere a uma grandeza mensurável que apresenta, de forma mais simples, as características principais de um conjunto estatístico (26).

Os indicadores também foram relacionados com a média aritmética observada entre as equipes do seu respectivo estrato de municípios, ressaltando-se que Montes Claros se enquadra no estrato de critérios de estratificação para comparação no Estrato Cinco (10).

O estrato no PMAQ refere-se ao conjunto de municípios segregados entre si, considerando as realidades socioeconômicas e demográficas, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de Atenção Básica, no processo de certificação (26).

O desempenho das equipes com relação aos indicadores avaliados foi estabelecido com base na distribuição das equipes participantes, em conformidade com o parâmetro nacional e a média municipal, de modo a promover avaliação e classificação equilibradas.

O presente estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), com parecer substanciado pelo número 126.2272012 (Anexo B) e com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção dos dados após assinatura do termo de concordância (Apêndice B).

Antes da realização da pesquisa, foi esclarecido o seu objetivo principal, a relevância e a importância da colaboração, a garantia do anonimato e o sigilo sobre as discussões, bem como a desistência, sem prejuízo para os participantes, em qualquer momento da realização do trabalho. Posteriormente foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador e a outra com o participante.

5 PRODUTOS

5.1 Produto 1: *Desempenho das equipes de saúde da família de Montes Claros sob a perspectiva do PMAQ*, Artigo original, submetido para publicação do periódico Saúde em Debate, estando em fase de análise para possível publicação.

5.2 Produto 2: *Valorização do trabalhador na atuação da gestão da atenção básica*, Artigo original, submetido para publicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde estando em fase de análise para possível publicação.

5.1 PRODUTO 1

Desempenho das equipes de saúde da família de Montes Claros sob a perspectiva do PMAQ.

Performance of in family healthcare teams of Montes Claros from the perspective of PMAQ.

Carolina dos Reis Alves¹, Mariléia Chaves Andrade², Claudio Luis de Souza Santos³

Artigo enviado para Periódico- Saúde em Debate.

Conflito de Interesse: Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO

O artigo tem como objetivo: Avaliar o desempenho de equipes de saúde da família por meio do monitoramento dos indicadores de saúde contratualizados no PMAQ. Trata-se de estudo transversal, de cunho descritivo com abordagem quantitativa. Os resultados revelam que as equipes com desempenho satisfatório em todos os indicadores e em todos os anos analisados possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do enfermeiro, demonstrando que o tempo influencia diretamente no resultado já que longitudinalidade e continuidade são atributos específicos da atenção primária construídos e estabelecidos com os usuários que favorecem o estabelecimento do vínculo do usuário à equipe.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Saúde da Mulher; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The article aims to: Evaluate the performance of Family healthcare teams of a large through the monitoring of health indicators contracted in PMAQ. The results reveal that teams with satisfactory performance in all the indicators and in all years have higher deployment time associated with the nurse length, demonstrating that time influences directly on the outcome since longitudinality and continuity are primary care specific attributes constructed and established with users in favors the establishment of a link between the user and the team.

Keywords: Primary Health Care; Quality Indicators Health Care; Women's Health; Health management.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS). Montes Claros (MG), Brasil. carolina.calreis@yahoo.com.br. Rua Gentil Gonzaga, 87 Canelas, Montes Claros/MG, CEP 39.402.661. (38) 999724944; 991314966.

² Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS). Montes Claros (MG), Brasil. andrade.marileia@gmail.com

³ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Programa de Residência Multiprofissional. Montes Claros (MG), Brasil. claudioluis2612@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atualmente alcança uma cobertura de mais da metade da população brasileira, cumprindo a função de coordenador da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a qualidade da assistência e a resolubilidade das ações da ESF assumiram um papel crucial nas políticas públicas de saúde, em que o Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz a execução de gestão pública, baseada no monitoramento e avaliação de processos com resultados mensuráveis (BRASIL, 2012).

A atuação da ESF é decisiva, já que a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil, diminuição das internações e na menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo, com a garantia do acesso, qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades, expectativas e padrão de satisfação dos usuários, com o intuito de aumentar a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1.654/ 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a fim de qualificar a atenção básica de saúde por meio de padrões de qualidade comparáveis nacional, regional e localmente, o que repercutirá em maior efetividade nos serviços de saúde, bem como na maior transparência das ações governamentais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

O PMAQ propõe o desenvolvimento de diversas ações, sendo organizado em quatro fases inter-relacionadas que formam um ciclo contínuo de melhoria de acesso e qualidade: Adesão das equipes e Contratualização de compromissos e indicadores, Desenvolvimento com realização de monitoramento de indicadores, implantação de processos autoavaliativos, educação permanente e apoio institucional, Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011a), permitindo que, ao final desse processo, se reconheça o resultado de cada equipe participante, bem como se avalie a qualidade dos serviços prestados à população (CALVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015).

Dessa forma, busca-se executar gestão pública, com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados por meio do acompanhamento dos indicadores de desempenho e de monitoramento, os quais abrangem focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), vinculados a programas do Ministério da Saúde que buscam sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas esferas de governo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011a).

No que concerne à área de Saúde da Mulher, no foco de pré-natal, os indicadores de desempenho do PMAQ se encontram em consonância com a estratégia Rede Cegonha, que objetiva organizar a atenção à saúde materno-infantil por meio de uma rede de cuidados que assegurem o direito sexual e reprodutivo, bem como a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, provendo o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes – Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico. O Componente Pré-Natal apresenta vinculação direta, com as ações realizadas pelas equipes da ESF como a captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados; qualificação do sistema e da gestão da informação; programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

Vale destacar que a qualidade da assistência prestada no período gestacional repercute na morbimortalidade materna, fetal, neonatal e infantil e, por essa razão, a área de saúde da mulher merece atenção especial, considerando os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil, que vão além do compromisso internacional assumido pelo Brasil, do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e da efetiva implementação das metas do Pacto pela Vida e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

Sendo assim, este estudo tem como objetivos avaliar o desempenho de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais, por meio do monitoramento dos indicadores de saúde e do padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na área estratégica Saúde da Mulher; Comparar o grau de adequação dos padrões de qualidade

entre as Equipes de Saúde da Família e o parâmetro nacional e a média municipal nos indicadores de desempenho do PMAQ.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa, realizada no município de Montes Claros, localizado no norte do Estado de Minas Gerais, com quarenta e três equipes de Estratégia Saúde da Família participantes do primeiro ciclo de vigência do PMAQ (2011-2012).

Fizeram parte do estudo apenas dezessete equipes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Equipes de Estratégias Saúde da Família que fizeram adesão ao PMAQ no primeiro ciclo de vigência 2011-2012; Apresentaram bases de dados atualizadas no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB eletrônico, referente ao período de 2010 a 2012.

Na coleta dos dados secundários, foram utilizados os indicadores de desempenho de qualidade da assistência na área estratégica Saúde da Mulher no foco pré-natal, distribuídos em: 1. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; 2. Proporção de gestantes com o pré-natal em dia; 3. Proporção de gestantes com vacina em dia. Em seguida, a média aritmética simples do indicador foi calculada com base nos resultados de cada equipe.

Também foram coletadas informações sobre o tempo de implantação da equipe, a capacitação em nível de pós-graduação na área de saúde da família e o tempo de permanência do profissional enfermeiro e médico, no período de 2010 a 2012, obtido diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e também com os sujeitos do estudo.

A análise dos dados foi guiada à luz da epidemiologia descritiva, apresentando-se os achados através de frequências e medidas de tendência central, além da análise descritiva para verificar a tendência dos indicadores com a ocorrência de mudanças em relação ao tempo de implantação, tempo de permanência do profissional médico e enfermeiro.

Os resultados obtidos pelas equipes, no período avaliado na série histórica, foram comparados com os respectivos parâmetros mínimos estabelecidos pelo PMAQ/Ministério da Saúde. Os indicadores também foram relacionados com a média aritmética observada entre as equipes do seu respectivo estrato de municípios, ressaltando-se que Montes Claros se enquadra no estrato de critérios de estratificação para comparação no Estrato Cinco (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

O estrato no PMAQ refere-se ao conjunto de municípios segregados entre si, considerando as realidades socioeconômicas e demográficas, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de Atenção Básica, no processo de certificação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

O presente estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), com parecer consubstanciado pelo número 126.227/2012 e com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para obtenção dos dados após assinatura do termo de concordância e autorização dos sujeitos do estudo e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

O resultado do indicador “Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre” foi calculado utilizando-se os dados do SIAB, por equipe, e as faixas de pontuação foram estabelecidas conforme parâmetro nacional definido de 80%.

O parâmetro de 80% ou mais de cobertura como pontuação máxima a ser alcançada para esse indicador considerou a relevância da captação precoce das gestantes para início oportuno do pré-natal, principalmente no contexto de implantação da Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

Esse valor de 80% foi embasado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), em 2006, que constatou que o início precoce do acompanhamento de Pré-Natal ocorreu, em nível nacional, em 83,6% dos casos, com variações estaduais com melhor captação na região Sul (87,6%) e no Centro-Oeste (87,1%), e pior cobertura na Região Norte (25%) (BRASIL, 2013).

O desempenho geral das 17 equipes estudadas em relação a esse indicador é apresentado na Figura 1, a qual relaciona o desempenho das equipes nos anos de 2010 a 2012, comparado ao parâmetro nacional estabelecido pelo PMAQ de 80% e também às médias do estrato municipal, que foram estabelecidas em 87,9%.

Inserir Figura 1

A Figura 1A evidencia que, no ano de 2010, somente a equipe 7 não alcançou o parâmetro nacional, apesar das equipes 5 e 16 estarem abaixo da média do estrato municipal.

No ano de 2011, a Figura 1B ilustra uma melhoria no cumprimento desse indicador, em que todas as equipes alcançaram o parâmetro nacional e apenas três equipes (1, 4, 16) não

alcançaram a média municipal, destacando-se o fato de que a equipe 16 permaneceu por dois anos consecutivos sem alcançar a média municipal.

Em se tratando do ano de 2012, todas as equipes tiveram captação das gestantes em mais de 80% (Figura 1 C), com exceção da equipe 10, porém, quando comparada à média das equipes municipais (87,9%), ocorreu uma piora do desempenho das equipes 3, 5, 10 e 11, revelando-se que, mesmo ficando dentro dos parâmetros esperados nacionalmente, tiveram uma queda, se comparadas com os anos anteriores.

Na série histórica, no indicador gestantes que iniciaram pré-natal no primeiro trimestre, nove equipes (2, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 17), representando 52,9%, mantiveram o cumprimento das metas tanto no parâmetro nacional quanto na média municipal, nos anos estudados, demonstrando uma constância de ações em prol da manutenção da qualidade em saúde da mulher. Entretanto, a equipe 2 sofreu diminuição no indicador, mesmo permanecendo dentro dos parâmetros, enquanto as equipes 6 e 12 apresentaram melhora nesse indicador.

O indicador de desempenho da qualidade da assistência – “Proporção de gestantes com o pré-natal em dia” foi calculado utilizando-se os dados do SIAB, com o parâmetro nacional mínimo em 93,3%, e a média aritmética observada entre as equipes do respectivo estrato municipal em 94,7%. Esse indicador possibilita conhecer a cobertura de gestantes com pré-natal, avaliando a adesão e a regularidade ao acompanhamento, como ilustrado na Figura 2, com apresentação da série histórica 2010- 2012.

Inserir Figura 2.

No ano de 2010 (Figura 2A), seis equipes não alcançaram o parâmetro nacional (5, 6, 7, 8, 11 e 16). Já com relação à média municipal, ocorreu um desempenho insatisfatório em um número maior de equipes, totalizando oito equipes (3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 16).

No ano de 2011, representado na Figura 2B, ocorreu manutenção de desempenho insatisfatório nas equipes 5 e 11 e também piora da performance nas equipes 10 e 12, em relação ao parâmetro nacional; com relação à média municipal de cobertura desse indicador, sete equipes apresentaram piora da eficiência das ações, no ano avaliado.

A Figura 2C revelou que o não alcance do desempenho nacional ocorreu em quatro equipes, entretanto apenas a equipe 11 permaneceu com resultado insatisfatório. No que diz respeito à média municipal, o número de equipes com desempenho inadequado permaneceu em sete equipes (2, 3, 4, 5, 7, 10, 11), das quais quatro mantiveram a ineficiência de resultados na série histórica (3, 4, 5 e 11).

No âmbito de desempenho adequado, podem-se destacar cinco equipes (9, 13, 14, 15 e 17) que mantiveram resultado eficaz, com cumprimento do indicador de acompanhamento de pré-natal acima do parâmetro nacional e com média municipal em todos os anos pesquisados, perfazendo 29,4% de equipes, no indicador de desempenho avaliado.

O indicador de “Proporção de gestantes com vacina em dia” representa a proteção contra o tétano no território da equipe. O tétano é uma doença transmissível, aguda, com alta letalidade, não contagiosa e imunoprevenível e, nos casos de gestante com esquema vacinal ausente ou incompleto, exposta ao *Clostridium tetani*, pode-se contrair o tétano acidental e se acometer o recém-nascido com o tétano neonatal (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) considera a meta mínima de cobertura vacinal, esperada para a maioria das vacinas do calendário básico administradas na rede pública, o valor de 95% como resultado ideal, tendo o PMAQ também atribuído esse valor como parâmetro nacional (BRASIL, 2013).

A média municipal de 95,8% foi definida a partir das médias observadas nos resultados calculados, com base nos dados do SIAB, no estrato municipal das equipes participantes.

No que tange a esse indicador, o ano de 2010, ilustrado na Figura 3A, demonstra o pior desempenho em um número maior de equipes (3, 5, 7, 11, 16) que não conseguiram alcançar nem o parâmetro de desempenho nacional (que é de 95%) nem a média municipal (de 95,8%), quando comparado aos anos de 2011 e 2012 (Figura 3B e 3C).

Inserir Figura 3.

As equipes estudadas em relação à proporção de gestantes com vacinas em dia, no ano 2012, alcançaram resultados acima da média municipal pactuada na maioria das equipes, com exceção apenas da equipe 3, a qual não obteve resultado adequado em nenhum ano estudado.

O presente estudo verificou que as equipes com desempenho satisfatório, acima do parâmetro e da média municipal em todos os indicadores e em todos os anos pesquisados, conforme Quadro 1A, possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do profissional enfermeiro, com período superior a dois anos e, também, no processo de certificação das equipes, apresentam melhor classificação.

Inserir Quadro 1A e Quadro 1B.

Outro aspecto constatado foi a qualificação do profissional enfermeiro, o que influenciou diretamente no resultado, já que as equipes em que os profissionais enfermeiros possuem residência multiprofissional em saúde da família apresentaram melhor desempenho no cumprimento dos indicadores associado diretamente ao tempo de permanência na equipe

estudada, comprovado pelo próprio instrumento do PMAQ. Em contrapartida, nas equipes com desempenho insatisfatório, houve uma maior rotatividade do profissional enfermeiro, como demonstra o Quadro 1B.

Vale destacar que, tanto nas equipes com desempenho satisfatório quanto nas com desempenho insatisfatório, houve rotatividade do profissional médico, sendo que este não permaneceu em nenhuma equipe por um tempo superior a 1 ano, porém constatou-se que esse fator não influenciou no resultado final dos indicadores.

DISCUSSÃO

A maioria das equipes pesquisadas (52,9%) apresentou resultado satisfatório em relação ao indicador Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, o que demonstra uma captação oportuna de gestantes no início do pré-natal, fator essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada em condições que causam vulnerabilidade à saúde da gestante e conseqüentemente da criança (BRASIL, 2012).

O alcance desse indicador representa o compromisso na busca constante da melhoria, visto que a captação tardia significa a perda de oportunidade de identificação e tratamento oportuno de intercorrências gestacionais, repercutindo na saúde materna e fetal, sendo extremamente necessária a busca ativa das gestantes de forma precoce (BRASIL, 2012).

O início do pré-natal no primeiro trimestre é de grande importância para os cuidados necessários e satisfatórios com a gestante, uma vez que permite o diagnóstico precoce de alterações com intervenção oportuna sobre as vulnerabilidades e risco detectados, resultando em mais segurança para a mãe e para o bebê (BRASIL, 2011a).

Esse indicador reforça a necessidade das equipes pesquisadas de promover ações de melhoria dos indicadores como: capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a captação precoce de gestantes e a alimentação do sistema de informação da atenção básica; monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pela equipe, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados; negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão; busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualização periódica dos dados referentes ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal, no SIAB eletrônico (BRASIL, 2012).

Acerca do indicador de desempenho da qualidade da assistência – Proporção de gestantes com o pré-natal em dia –, verificou-se que, nos anos pesquisados (2010 a 2012),

apenas cinco equipes (29,4%) mantiveram resultado eficaz, com cumprimento do indicador acima do parâmetro nacional e com média municipal, o que constitui um fator preocupante, visto que 70% das equipes pesquisadas não apresentaram um acompanhamento de pré-natal contínuo.

Nesse sentido, faz-se necessário que as equipes da ESF promovam ações de divulgação dos programas de pré-natal e realizem busca ativa das gestantes faltosas, pois, com o acompanhamento contínuo das gestantes, é possível detectar precocemente riscos maternos ou neonatais, minimizar intercorrências, bem como evitar a ocorrência de sequelas irreversíveis que venham a afetar o binômio mãe-bebê (WACHHOLZ, 2016).

Em relação ao indicador Proporção de gestantes com vacinas em dia, observou-se que a maioria das equipes cumpriu com os parâmetros estabelecidos, o que demonstra uma cobertura vacinal satisfatória e a proteção contra doenças imunopreveníveis.

O presente estudo verificou que as equipes com desempenho satisfatório, acima do parâmetro e da média municipal, em todos os indicadores e anos estudados, possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do profissional enfermeiro, com período superior a dois anos, demonstrando que o tempo influencia diretamente no resultado, pois os laços afetivos são construídos e estabelecidos com os usuários no fazer cotidiano, permitindo uma melhor assistência e favorecendo a constituição da integralidade por meio da maior adesão da população ao desenvolvimento das ações de saúde (SILVA *et al.*, 2008; VIEGAS; PENNA, 2012).

O vínculo representa a relação interpessoal entre usuário-profissional, construída ao longo do tempo e caracterizada por confiança e responsabilidade, sendo um recurso terapêutico pensado em três dimensões – afetividade, relação terapêutica e continuidade (VIEGAS; PENNA, 2012; SILVA *et al.*, 2008).

A rotatividade dos profissionais compromete o vínculo com a população, aliado à perda da continuidade das ações, criando obstáculos na implementação dos pilares que alicerçam a integralidade na saúde da família: o respeito, a confiança, o compromisso, trabalho em equipe e a corresponsabilidade no acompanhamento das famílias, influenciando na qualidade da assistência (GARCIA *et al.*, 2014; VIEGAS; PENNA, 2012).

O estudo realizado por Seidl *et al.* (2014), os quais utilizaram o banco de dados da certificação do PMAQ ciclo 2012, disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) revelou baixo tempo de atuação dos profissionais médicos e enfermeiros, em que 56,7% (n- 9.705) tinham menos de 2 anos de atuação na mesma equipe, revelando a alta rotatividade que compromete a efetividade da atenção básica, prejudicando o cuidado.

Em relação ao cumprimento e alcance dos parâmetros, o estudo de Mendonça *et al.* (2010) destacou que a rotatividade está relacionada à baixa remuneração, condições de trabalho precárias, progressão profissional com inexistência de plano de cargo, carreira e salário, além da ausência de formação previa compatível com as diretrizes da estratégia saúde da família, ocasionando baixo comprometimento profissional.

É válido enfatizar que, neste estudo, a qualificação do profissional enfermeiro influencia no alcance dos indicadores, já que as equipes em que os profissionais enfermeiros possuem residência multiprofissional em saúde da família apresentaram melhor desempenho no cumprimento dos indicadores, revelando que o processo de qualificação profissional constitui um instrumento de gestão do processo de trabalho, o qual permite o estreitamento da relação educação-saúde, aproximando o profissional da realidade complexa das comunidades, que está associada diretamente ao tempo de permanência na equipe estudada, em que o profissional coordena o fazer cotidiano, podendo implementar as ferramentas de abordagem familiar, reiterando-se que, nas equipes com desempenho insatisfatório, houve uma maior rotatividade do profissional enfermeiro, o que fragiliza o processo de trabalho em equipe.

O profissional enfermeiro exerce uma atribuição específica dentro da equipe, que é de ser o coordenador do processo de trabalho, influenciando diretamente no fazer de todos os componentes, bem como impactando, de forma direta, os indicadores de saúde e o desempenho da equipe.

A rotatividade dos profissionais médicos, no período examinado, não estabeleceu relação com o desempenho da equipe no cumprimento dos indicadores, apesar de a assistência prestada à mulher, no período gravídico, poder ser realizada tanto pelo profissional médico quanto pelo enfermeiro.

COLABORADORES: Os três autores responsabilizaram-se pela concepção e elaboração do artigo, incluindo o processamento e análise dos dados aqui apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados convergem no sentido de apontar que a longitudinalidade do profissional enfermeiro, associada à formação profissional com residência em saúde da família, implica o melhor desempenho na avaliação do PMAQ, no que se refere ao indicador em saúde da mulher, contribuindo para a consolidação de uma melhoria da qualidade da assistência do binômio mãe-filho.

As equipes com desempenho satisfatório em todos os indicadores apresentam relação direta com os atributos da atenção primária, podendo-se inferir que a longitudinalidade e a continuidade do cuidado resultam na formação de vínculos efetivos por meio de relações estreitas profissional-usuário, pautadas na confiança, na coparticipação para a construção do projeto terapêutico singular, em que o cliente torna-se ator do processo de cuidado, impactando diretamente a morbimortalidade por causas sensíveis à atenção primária.

Outro aspecto observado diz respeito ao tempo de permanência do profissional enfermeiro na mesma equipe; equipes em que esse profissional tinha maior contato longitudinal alcançaram padrão de qualidade muito acima da média, em todos os indicadores pesquisados, se comparados aos parâmetros nacional, estadual e municipal.

O profissional enfermeiro é o responsável pela gestão da atenção básica (coordenador) e conseqüentemente o gestor do cuidado por meio do estabelecimento de relações próximas e contatos continuados, o que fortalece o vínculo, permitindo uma atenção integral e integrada do ser humano inserido e compreendido dentro do contexto biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria n 650 – 05 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 - Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica: Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

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, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS n. 4-** Temático Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana, 2008.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.

DUARTE S. V.; FURTADO, M.S. **Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisa**. 3. ed. rev. e ampl. Montes Claros: UNIMONTES, 2002.

ESTRELA, C. **Metodologia Científica**: Ciência, ensino e pesquisa. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica, 2005.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, 2014.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

SEIDL, H. M. F. *et al.* Gestão do Trabalho na Atenção Básica em Saúde: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 38, n. especial, p.94-108, 2014.

SILVA, R. V. B. da *et al.*. Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R. P.; MATTOS, R. A. de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPSC, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, v. 13, n.2, p.375-85, 2012.

WACHHOLZ, V. A. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação e Saúde** v. 6, n.2, p. 01-07, 2016.

ANEXO

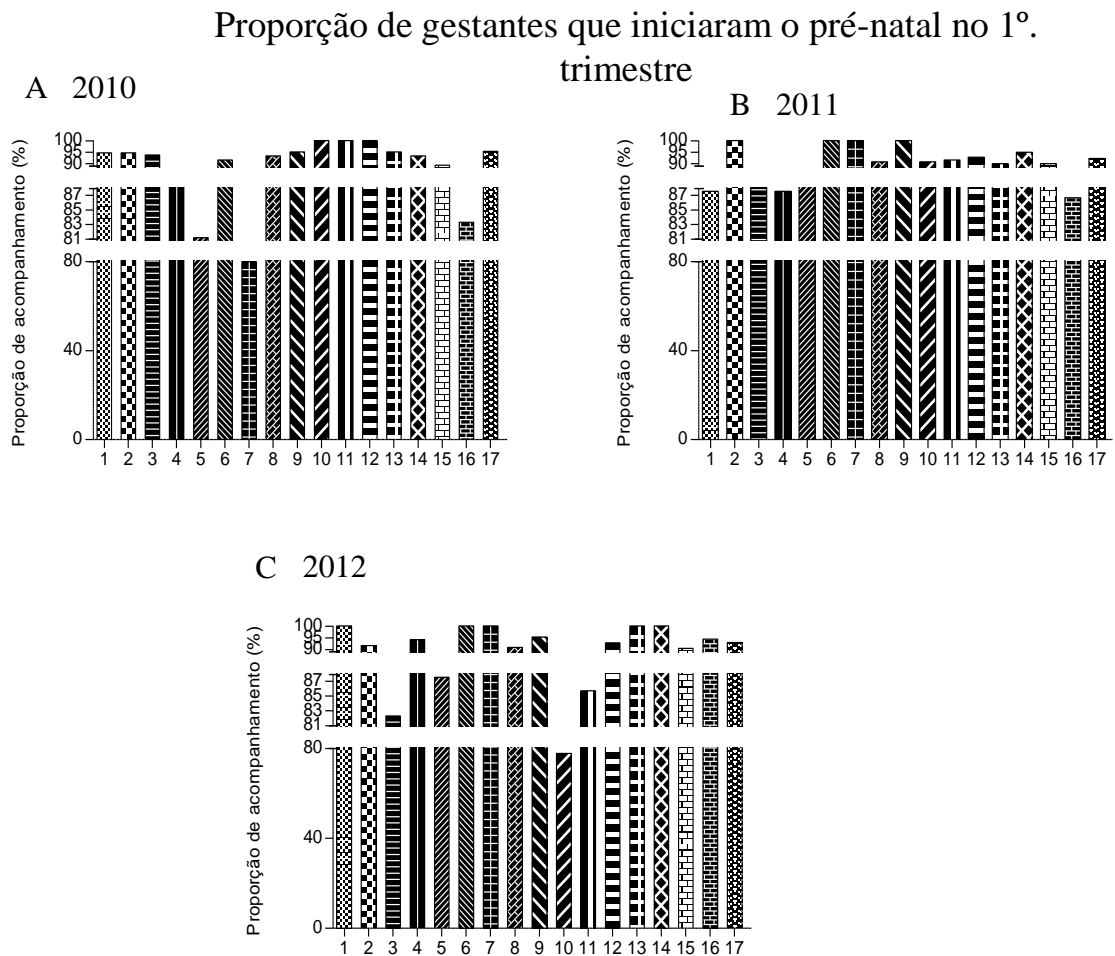


FIGURA 1 – Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1 trimestre.

Fonte: Base de dados PMAQ, 2012.

Nota: As figuras 1A, 1B e 1C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (80%) e o parâmetro municipal (87,9%).

Proporção de gestantes com pré-natal em dia

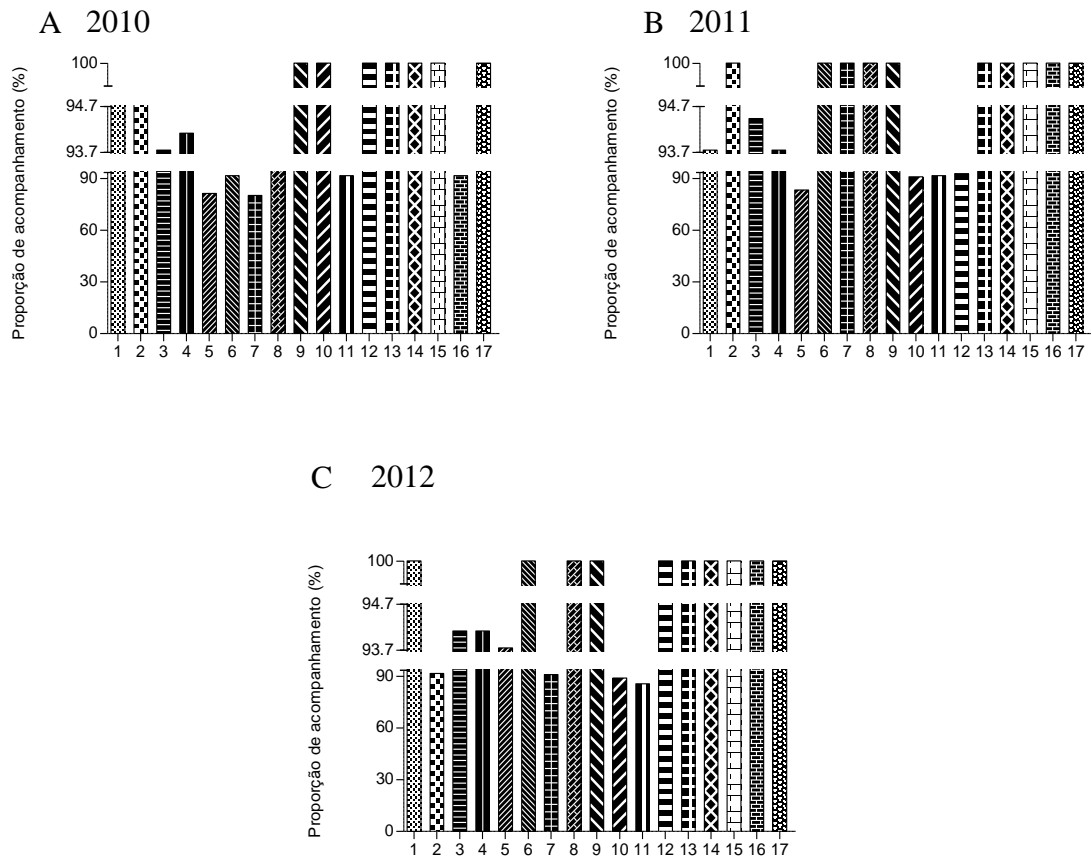


FIGURA 2- Proporção de Gestantes com pré-natal em dia.

Fonte: Base de dados PMAQ, 2012.

Nota: As figuras 2A, 2B e 2C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (93,3%) e o parâmetro municipal (94,7%).

Proporção de gestantes com vacinas em dia

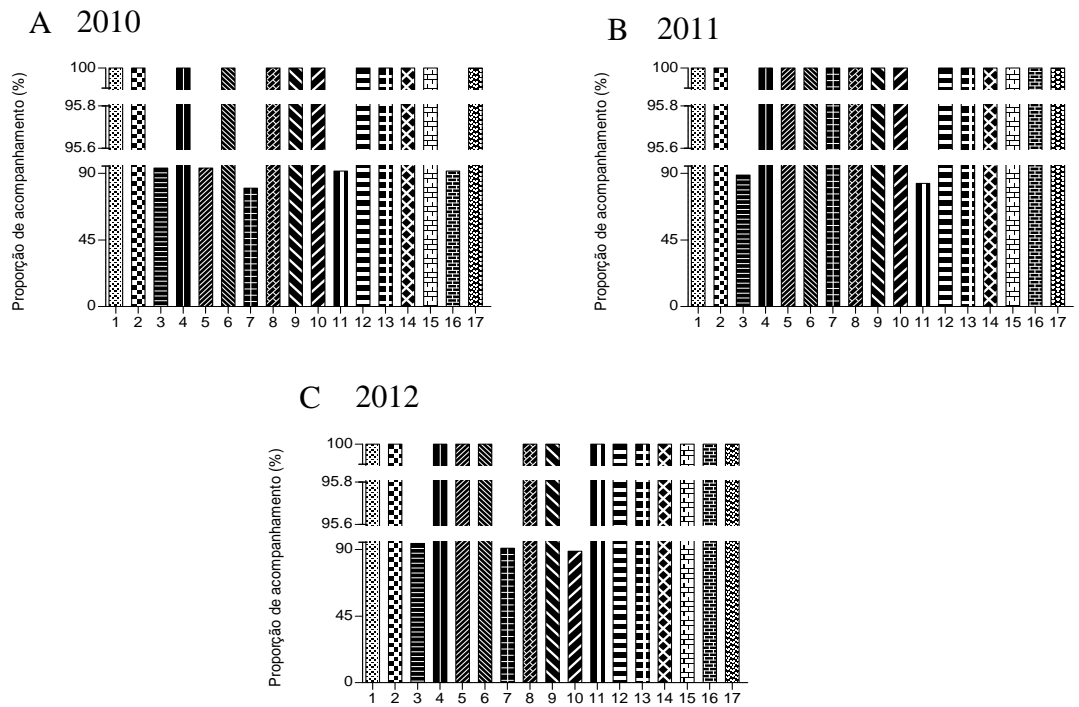


FIGURA 3- Proporção de Gestantes com vacinas em dia.

Fonte: Base de dados PMAQ, 2012.

Nota: As figuras 3A, 3B e 3C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (95%) e o parâmetro municipal (95,8%).

QUADRO 1A- Características das equipes com desempenho satisfatório.

N.	Certificação PMAQ	Ano e tempo de implantação	Formação enfermeiro	Tempo do enfermeiro na equipe	Quantidade de médico na equipe 2010-2012
17	Muito acima da média	2002 8 anos	Residência	6 anos	4 médicos
9	Acima da média	2007 3 anos	Residência	3 anos	3 médicos
13	Acima da média	2004 6 anos	Residência	2 anos	4 médicos
15	Acima da média	2004 6 anos	Residência	2 anos	8 médicos
14	Acima da média	2002 8 anos	Especialização	2 anos	2 médicos

Fonte: Base de dados própria, 2012.

Nota: N- É o numero da equipe conforme as figuras 1, 2 e 3.

QUADRO 1B- Características das equipes com desempenho insatisfatório.

N.	Certificação PMAQ	Ano e tempo de implantação	Formação enfermeiro	Quantidade de enfermeiro na equipe 2010-2012	Quantidade de médico na equipe 2010-2012
5	Mediano	2009 1 ano	Especialização	4	2 médicos
3	Acima da media	2002 8 anos	Especialização	3	3 médicos
10	Acima da media	2007 3 anos	Especialização - 3 Residência 1	4	3 médicos
11	Acima da media	2007 3 anos	Especialização – 3 Residência 1	4	3 médicos
7	Acima da media	2008 2 anos	Especialização - 2 Residência 1	3	2 médicos

Fonte: Base de dados própria, 2012.

Nota: N- É o numero da equipe conforme as figuras 1, 2 e 3.

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores (atualizada em janeiro de 2016)

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista ‘Saúde em Debate’, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde.

Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências. A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A ‘Saúde em Debate’ aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área. Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A ‘Saúde em Debate’ não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www. saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.
5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que aportem contribuições significativas para a área.
6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.
7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial. Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem. Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

SAÚDE DEBATE Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos
Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12. Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’. Evitar iniciais maiúsculas e negrito. Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito,

apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. Texto. Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como: a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa; b) Métodos descritos de forma objetiva; c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados; d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS): Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes validos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Revista Saúde em Debate. Disponível em: . Acesso em: 31 jan. 2016. OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista.

Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail. A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>. SAÚDE DEBATE Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos
2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.
3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.
4. Declaração de tradução Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>. Endereço para correspondência Avenida Brasil, 4.036, sala 802 CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil Tel.: (21) 3882-9140/9140 Fax: (21) 2260-3782 E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

5.2 PRODUTO 2

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR NA ATUAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.

WORKER VALUATION IN BASIC CARE MANAGEMENT.

Artigo enviado para Periódico Trabalho, Educação e Saúde.

RESUMO

O artigo tem como objetivo: Analisar a atuação da gestão da Atenção Básica na dimensão valorização do trabalhador para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho. Trata-se de pesquisa de natureza descritiva, transversal e exploratório baseado nos dados secundários do componente avaliação externa no ano de 2012. O enfermeiro é o profissional que desempenha a função de coordenador, 76,8% têm formação complementar em saúde na família. As atividades de educação permanente apresentaram desempenho muito satisfatório. Entretanto, o vínculo de trabalho é precário gerando instabilidade e rotatividade dos profissionais revelando um desempenho mediano. Além da necessidade de implementar planos de carreira que contemple a proteção social, a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Trabalhador; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The article has as objective: analyze the performance of the management of Primary Care in the dimension valuation of employee qualification for the teams and the labor relationship. This is research descriptive, transversal and exploratory nature based on secondary data component of the external evaluation in 2012. The nurse is the professional who performs the

task of coordinator, 76.8% have additional training in health in the family. The continuing education activities had very satisfactory performance. However, the bond of precarious work is generating instability and turnover of professionals revealing an average performance. Besides the need to implement career plans covering social protection, progression by performance evaluation and / or development.

KEYWORDS: Primary Health Care; Workers; Health management.

A pesquisa não foi financiada.

A pesquisa é resultado de tese de doutorado.

A pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) com parecer consubstanciado número 126.227/2012

Não existem conflitos de interesses entre os autores do artigo.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o eixo orientador da mudança do modelo assistencial, por meio da ruptura do paradigma cartesiano, fundamentado na divisão do processo de trabalho e na compartimentalização de ações, para um novo paradigma que supere o trabalho em equipe como mero agrupamento de profissionais (MACHADO *et al.*, 2016).

O fazer na ESF deve estar fundamentado no trabalho interdisciplinar e em equipe, valorizando-se os diferentes saberes e práticas, com vistas à integralidade no cuidar que admite a diversidade de ação, buscando a inter-relação dos fazeres profissionais com a passagem de um trabalho individual para uma ação coletiva (ARAUJO; ROCHA, 2007; FERNANDES *et al.*, 2015, HONORATO; PINHEIRO, 2007).

O princípio da integralidade contempla o conceito de cuidado como ação integral e integrada, em uma área de comunhão entre vários saberes e fazeres de atores diferentes que buscam a produção de ações com a superação da visão fragmentada, da justaposição dos diferentes profissionais e fragmentação do cuidado presente no cotidiano dos serviços de saúde (BONALDI *et al.*, 2007, FERNANDES *et al.*, 2015).

O modo equipe de trabalhar possibilita um permanente movimento de construção/desconstrução/reconstrução, por meio de momentos de maior interação de trabalho e vida, (des)articulação, (des)ânimo, criação e invenção, (não) saber, confiança, estranhamento, cooperação, visando à finalidade comum: o cuidado coletivo (BRASIL, 2005).

A responsabilidade do cuidado coletivo resulta em gestão cooperativa, possibilitando a construção de um laço de união, entretanto a ausência da confiança e a rotatividade dos profissionais ocasionam a fragmentação do fazer, interferindo na qualidade da assistência,

uma vez que trabalhar em equipe requer o gerenciamento de um saber comum que está orientado por valores éticos que alicerçam as escolhas coletivas em busca de consenso, o qual se traduz em qualidade na atenção dispensada às necessidades de saúde da clientela (BONALDI *et al.*, 2007, MACHADO *et al.*, 2016).

A implementação do trabalho em equipe é prejudicada pelo vínculo precário, caracterizado pela ausência de proteção social, com a perda de direitos trabalhistas e previdenciários, juntamente com a falta de estabilidade, baixos salários, condições inadequadas de trabalho e jornada de trabalho extensa (LACAZ *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a precarização do trabalho acarreta sofrimento psíquico, o qual gera instabilidade emocional, diminuição da qualidade de vida no trabalho, dificuldade na efetivação do cuidar, desagregando os laços com a comunidade. Assim, o processo de trabalho deixa de ser algo prazeroso, passando a significar martírio e sacrifício, pois produz desgaste físico e mental, aumentando o risco de doenças e mortes dos trabalhadores, caracterizadas principalmente pelas doenças ocupacionais e psicossomáticas e, além disso, influenciam, conseqüentemente, na qualidade da assistência e na regularidade do trabalho dos profissionais (SEIDL *et al.*, 2014).

Desse modo, a qualidade de vida no trabalho está articulada a questões relativas à gestão do trabalho, em que o bem-estar vincula-se diretamente com o nível salarial, forma de ingresso no mercado de trabalho, grau de controle sobre as condições e organização do processo de trabalho, aliado à existência efetiva de Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), o que preconiza capacitação e qualificação na perspectiva da educação permanente, programa de avaliação de desempenho, critérios de progressão e promoção, plano de desenvolvimento pessoal, gestão partilhada da carreira entre gestores e trabalhadores (BRASIL, 2006, LACAZ *et al.*, 2010).

A valorização dos trabalhadores de saúde, com a desprecarização da força de trabalho, é um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista o expressivo número de profissionais contratados de forma não convencional (contrato de prestação de serviços, terceirização, cooperativa), gerando relações instáveis e vínculos precários que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, o que causa prejuízos não somente para os trabalhadores, mas também para os usuários (BRASIL, 2003, BRASIL, 2006, BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia principal de ampliação do acesso e da qualidade das práticas de cuidado, gestão e participação da atenção básica, repercutindo em maior efetividade nos serviços de saúde, com uma maior transparência das ações governamentais (BRASIL, 2012, BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases complementares que conformam um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade, a que as equipes da atenção básica devem aderir voluntariamente: 1- Adesão e Contratualização; 2- Desenvolvimento; 3- Avaliação externa; 4- Recontratualização. Esse programa contempla três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Com base nessas premissas, este estudo teve como objetivo: Analisar a atuação da gestão da Atenção Básica, na dimensão valorização do trabalhador, para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho.

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um estudo descritivo, transversal e exploratório, baseado nos dados secundários pertencentes ao componente Avaliação Externa no ano de

2012, disponível no Consolidado de desempenho do município de grande porte no Norte de Minas Gerais (MG), a partir dos dados do PMAQ-AB, fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde sobre Avaliação Externa.

Para este estudo, foram considerados os dados das questões do módulo II- Entrevista com profissional de saúde da equipe de atenção básica e a verificação de documentos na unidade de saúde. Elegeu-se, para a construção da análise, a dimensão III- Conceito da equipe - Dimensão Valorização do Trabalhador, contendo quatro subdimensões relativas à qualificação, educação permanente, gestão do trabalho e plano de carreira/remuneração variável.

Participaram do estudo 43 profissionais de saúde das equipes que aderiram ao PMAQ, representando 50% das ESF implantadas no município, as quais poderiam fazer a contratualização no primeiro ciclo de avaliação (2011-2012).

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2012, durante a fase de avaliação externa, em que as equipes foram visitadas por instituição de ensino e pesquisa (IEP), parceira do Ministério da Saúde.

A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva, com frequência simples das variáveis selecionadas, agrupadas em Município, Estrato, Estado e Brasil. O desempenho das equipes foi comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato, dentro da certificação do PMAQ.

O estrato no PMAQ refere-se ao conjunto de municípios segregados entre si, considerando as realidades socioeconômicas e demográficas, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de Atenção Básica, no processo de certificação (BRASIL, 2012), valendo-se ressaltar que Montes Claros se enquadra, no Estrato de critérios de estratificação para comparação, no Estrato Cinco.

As equipes contratualizadas receberam certificação do PMAQ, permitindo a comparabilidade de desempenho e, a partir da verificação das médias de desempenho, consideraram-se os resultados dos indicadores e da avaliação externa, sendo classificados em quatro categorias (BRASIL, 2013):

I. **Desempenho insatisfatório:** quando a equipe não cumprir com os compromissos assumidos no Termo de Compromisso, celebrado no momento da contratualização no PMAQ;

II. **Desempenho mediano ou abaixo da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, cujo resultado alcançado foi menor que a média do desempenho das equipes do seu estrato, maior ou igual a menos 1 (-1) desvio padrão, classificadas com menores desempenhos;

III. **Desempenho acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, cujo resultado alcançado foi maior do que a média e menor ou igual a + 1 desvio padrão da média do desempenho das equipes, classificadas com desempenho intermediário; e

IV. **Desempenho muito acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, cujo resultado alcançado foi maior do que + 1 desvio padrão da média do desempenho das equipes classificadas com os maiores desempenhos.

Em conformidade com a resolução das normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), com parecer substanciado pelo número 126.227/2012 e com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção dos dados, após a assinatura do termo de concordância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados como distribuídos nas quatro subdimensões da dimensão III – Conceito da equipe/Valorização do Trabalhador:

Subdimensão 1- Tempo de Atuação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica.

Os profissionais respondentes da avaliação externa, neste estudo, foram 100% de enfermeiros. Esse resultado corrobora o resultado encontrado em outros estudos (SEIDL *et al.*, 2014, ALVES *et al.*, 2014), em que a participação de enfermeiros como informantes e coordenador da equipe de atenção básica correspondeu a 92,3%.

Vale ressaltar que, nos estudos de Seidl *et al.* (2014) e Alves *et al.* (2014), não houve diferenças significativas quando analisados por porte populacional, em que predominou enfermeiro como coordenador e respondentes da avaliação externa, em 2012.

É importante, também, salientar que a recomendação do Ministério da Saúde, dentro do PMAQ-AB, é de que o profissional a responder à entrevista deve ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, sendo escolhido previamente por toda a equipe (BRASIL, 2012).

A explicação para esse resultado fundamenta-se na formação do profissional enfermeiro, em que as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação contemplam, nas competências gerais, que o enfermeiro deve estar apto a assumir posições de liderança envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento, de forma efetiva e eficaz, tendo em vista o bem-estar da comunidade. Além disso, esse profissional deve estar apto ao gerenciamento e à administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que deve estar apto a ser gestor, empregador ou liderança na equipe de saúde (BRASIL, 2001).

No que tange ao tempo de atuação dos profissionais participantes, descritos na Tabela 1, observa-se que a maioria (58%) declarou ter menos de um ano e até dois anos de atuação na

mesma equipe, revelando um baixo tempo de permanência, fato esse que pode ser atribuído à alta rotatividade de profissionais, o que compromete a efetividade da atenção básica (LACAZ *et al.*, 2010).

Vale destacar que o estudo de Seidl *et al.* (2014) revelou uma média nacional de permanência nas equipes menor que dois anos, em 56,7% dos entrevistados, assemelhando-se ao resultado encontrado nesta pesquisa.

A dificuldade de fixação do profissional nos locais de trabalho é atribuída, muitas vezes, à insatisfação do trabalhador diante das condições de trabalho, da inexistência ou das baixas condições de progressão profissional e da exigência de carga horária integral (SANCHO *et al.*, 2012, MENDONÇA *et al.*, 2010).

A rotatividade pode ser compreendida como consequência tanto de aspectos externos à instituição – situação de oferta e demanda de recursos humanos, conjuntura econômica e oportunidades de empregos – quanto de fatores internos à organização, vinculados a oportunidades de progressão profissional e salarial, à política de benefícios, a condições físicas ambientais de trabalho, à política de recrutamento e seleção de pessoal (SANCHO *et al.*, 2012).

TABELA 1- Tempo de atuação dos Profissionais Enfermeiros participantes do PMAQ-AB na equipe de Atenção Básica Atual.

TEMPO DE ATUAÇÃO	N	%
Menos de 1 ano	10	23
De 1 a 2 anos	15	35
De 3 a 5 anos	09	21
Mais de 6 anos	09	21
Total	43	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

Em contrapartida, ressalta-se que 42% dos participantes estão na mesma equipe há mais de três anos, com destaque para 21% que estão inseridos na mesma unidade há mais de seis anos, revelando-se a continuidade do cuidado e a longitudinalidade, consideradas como princípios da atenção básica, que permitem o maior grau de vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades, a constituição de vínculos entre os diversos profissionais que coletivamente prestam a assistência, além de favorecer o investimento na formação e no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no mesmo local de trabalho (SANCHO *et al.*, 2012; MENDONÇA *et al.*, 2010).

Outro aspecto verificado nessa subdimensão relaciona-se à formação complementar dos profissionais de nível superior, participantes do PMAQ-AB na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Essa dimensão remete-se ao componente de especialização flexível, em que o padrão de qualidade definido diz respeito à formação qualificada tanto no aspecto da titulação dos trabalhadores na modalidade *lato sensu* e/ou *strictu sensu* quanto do ponto de vista das habilidades e competências (MORAES; IGUTI, 2015).

A qualificação profissional contribui para a aquisição de novas competências e habilidades específicas desse nível de atenção, resultando em maior resolubilidade das ações na área de abrangência, por meio do melhor desempenho técnico e profissional, que reflete na melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe (SEIDL *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

A reorganização da atenção básica exige do profissional um perfil diferenciado, com novas habilidades e competências para lidar com a diversidade de demandas, além da necessidade de um novo fazer cotidiano, embasado na realidade local e no trabalho em equipe, de forma interdisciplinar, fundamentado no compartilhamento de saberes, na capacidade de planejar, organizar, bem como no desenvolvimento de ações direcionadas à comunidade (BRASIL, 2012).

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à formação complementar dos profissionais respondentes, evidenciando que 76,8% declararam ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação. Esse resultado demonstra que o desempenho do município é inferior, quando comparado ao percentual de equipes participantes do PMAQ no âmbito nacional, que possuíam ou estavam em formação complementar em 83,4%, e, no âmbito do estado de Minas Gerais, era de 80,8% (BRASIL, 2012). Entretanto, a ser avaliada a formação complementar por titulação e na modalidade de pós-graduação residência em saúde da família (34,9%), o resultado revela-se muito acima das médias nacional (1,6%) e estadual (2%).

Vale destacar que o profissional participante somente poderia se enquadrar em um item de formação, mesmo possuindo pós-graduação *latu sensu* e *strictu sensu*. Neste estudo observou-se que os profissionais com mestrado e doutorado também possuíam Residência em Saúde da Família, entretanto foi contabilizada a maior titulação.

TABELA 2- Formação dos Profissionais Enfermeiros participantes do PMAQ-AB.

Formação Complementar	N	%
Residência em Saúde da Família	15	34,9
Especialização em Saúde da Família	15	34,9
Sem Especialização	10	23,2
Mestrado em Ciências da Saúde	02	04,7
Doutorado em Ciências da Saúde	01	02,3
Total	43	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

Quanto à formação complementar, 34,9% possuem ou estão em formação na Residência em Saúde da Família; 7% possuem ou estão concluindo pós-graduação *strictu sensu* (4,7%, mestrado, e 2,3%, doutorado), contrastando com os resultados em nível nacional, descritos no

estudo de Seidl *et al.* (2014), que encontrou apenas 1,3% de concluintes de residência, com 3,2% possuindo mestrado e 0,7%, com doutorado.

O estudo realizado por Silva *et al.* (2015), na cidade de Montes Claros, constatou, em se tratando da formação dos profissionais enfermeiros, que 33,8% possuíam título de pós-graduação, sendo 29,5% deles com formação específica (especialização ou residência em saúde da família), encontrando resultado semelhante.

Os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015) revelaram que, no Brasil, apenas 1,6% possuem residência em saúde da família e, no âmbito estadual, 2%. No que se refere a Mestrado em Saúde Pública/ Saúde Coletiva, representa 1,3%, no Brasil, e 1% em Minas Gerais.

Esse padrão de qualidade com maior qualificação, quando comparado a outros estudos em outras regiões, é explicado pela existência de Programas de Pós-graduação no município, considerado um polo universitário, o que favorece o acesso a uma maior qualificação profissional.

A existência de uma especialização flexível, adequada às especificidades e singularidades da atenção básica, possibilita aos profissionais da equipe a utilização das habilidades de liderança e criatividade, conhecimentos, competências, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta, para além das atribuições profissionais, com vistas à ampliação da capacidade da equipe de produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora, resultando em melhores indicadores de saúde e, conseqüentemente, desempenho satisfatório quando comparado às referências do estrato, estadual e nacional (BRASIL, 2012), descritas na Tabela 3.

Ressalta-se que o consolidado de desempenho considerou o tempo de atuação na equipe associado à qualificação do profissional, realizando uma média ponderal, comparando-se o valor ao resultado do município, estrato, estado e Brasil.

TABELA 3- Consolidado de Desempenho na subdimensão Tempo de Atuação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB.

Consolidado de desempenho								
Desempenho	Município		Estrato		Estado		Brasil	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Muito acima da média	9	20.94	396	15.84	395	15.09	2790	17.98
Acima da média	24	55.81	900	36.00	961	36.72	5283	34.05
Mediano ou um pouco abaixo da média	10	23.25	1204	48.16	1261	48.18	7442	47.97

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

No que concerne à certificação de desempenho das equipes do município em estudo, destaca-se que o desempenho muito acima da média foi expressivo, quando comparado à média do estrato (15,84%), média estadual (15,09%) e média nacional (17,98%), além da certificação acima da média, que apresentou resultado satisfatório em 55,81% das equipes participantes, em comparação à média obtida em nível nacional, em que 47,97% das equipes apresentaram desempenho mediano.

Nesse aspecto, é possível inferir que o número significativo de profissionais (76,8%) que declararam ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação gerou um desempenho acima da média, aliado ao tempo de permanência na mesma equipe (42%) de mais de três anos.

O estudo de Silva *et al.* (2015) com os enfermeiros das equipes de Montes Claros comparou os escores dos serviços nos quais os profissionais possuíam a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com aqueles serviços em que os profissionais não possuíam essa formação. Constatou-se que os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS)

que possuem profissionais com residência apresentam melhor desempenho, com escores maiores para a maioria dos atributos avaliados e com diferença estatisticamente significativa para os atributos da acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (sistema de informações), integralidade de serviços disponíveis, orientação familiar e comunitária, bem como para o escore essencial.

Subdimensão 2- Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica.

A tabela 4 apresenta o consolidado de desempenho referente à educação permanente, em comparação ao estrato, estado e média nacional.

TABELA 4- Consolidado de Desempenho na subdimensão Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB.

Consolidado de desempenho								
Desempenho	Município		Estrato		Estado		Brasil	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
Muito acima da média	24	55.81	346	13.84	881	33.66	2582	16.64
Acima da média	18	41.87	1386	55.44	809	30.91	6286	40.52
Mediano ou um pouco abaixo da média	1	2.32	768	30.72	927	35.42	6647	42.84

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

A Educação Permanente, como componente de autonomia outorgada, proporciona um espaço de aprendizagem coletiva, resultando na formação, produção de subjetividade e

trabalho, o que objetiva o enfrentamento e solução de problemas por meio da maior capacidade de diagnóstico e planejamento, além da autonomia na implementação de práticas transformadoras (MORAES; IGUTI, 2015, CECCIM; FERLA, 2009, BRASIL, 2005).

A comunicação dentro da equipe de saúde deve acontecer por meio de uma rede dialógica, a qual promove o aumento da capacidade de criação e transformação, com mais autonomia, sempre em um processo de composição não apenas como reunião de indivíduos, mas como uma política do coletivo, com uma dimensão mais ampla do fazer saúde (BARROS; BARROS, 2007).

Nessa subdimensão, foi verificada a existência de ações de qualificação para os profissionais da Atenção Básica, por meio do apoio institucional na saúde, como: cursos presenciais e a distância; atividades ligadas ao Programa Telessaúde; atividades de tutoria/preceptoria, de acordo com as demandas e necessidades das equipes.

Nessa dimensão em estudo, denotou-se desempenho muito satisfatório, revelando que as equipes participantes realizam ações de educação permanente, ocorrendo, portanto, um fazer em saúde, em que os profissionais buscam continuamente novos conhecimentos por meio da interdisciplinaridade, compreendida como ato de troca, de reciprocidade entre os saberes (CECCIM, 2005).

O estudo de Seidl *et al.* (2014) constatou que, quanto maior o porte do município, maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais.

Essa situação também foi encontrada no município estudado, que se caracteriza como município isolado, o qual possui média concentração urbana, com 100.000 a 750.000 habitantes, refletindo o médio escalão da urbanização brasileira, uma vez que Montes Claros se apresenta como o único município isolado com essa população, na região Norte de Minas, e também se caracteriza como polo universitário (IBGE, 2015).

Subdimensão 3- Gestão do Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo.

Todos os trabalhadores participantes do PMAQ (100%) relatam que o agente contratante é a Administração Direta, e o vínculo trabalhista é realizado por meio de Contrato temporário, pela administração pública, regido por legislação especial municipal, cuja forma de ingresso não ocorre por concurso público nem por seleção pública, enquadrando-se em outra forma (indicação).

Essa forma de ingresso no serviço público resulta em vínculo precário, instabilidade e rotatividade dos profissionais, ocasionando a precarização do trabalho mediante a racionalização dos custos, além da flexibilização do ingresso por meio do concurso público para estatutário, tornando possível o preenchimento de cargos públicos por outras formas como contrato, cargo comissionado, entre outros, resultando em retrocesso trabalhista (LACAZ *et al.*, 2010).

A realidade encontrada nesta pesquisa assemelha-se ao resultado de outros estudos. Os documentos de consolidação dos dados do PMAQ (BRASIL, 2015) apresentam a administração direta como agente contratante, no Brasil, em 73,8% das equipes e, no estado de Minas Gerais, 88,8%. Já no artigo de Seidl *et al.* (2014), a contratação pela administração direta ocorreu em 77,9% das equipes brasileiras.

No que concerne à garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, a administração municipal garante os previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), porém a maneira de contratação revela a precarização do vínculo trabalhista. Nesse aspecto, todas as equipes participantes do estudo tiveram o desempenho classificado como mediano ou um pouco abaixo da média, revelando resultado insatisfatório.

Entretanto, a realidade do contrato temporário pela administração pública está presente no Brasil. No estudo de Monitoramento da Implantação e Funcionamento das equipes de 2001-2002, cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores apresentavam vínculos precários, agravados pela fragilidade da modalidade de contratação, com destaque para os enfermeiros, em que 33,6% tinham contrato temporário (BRASIL, 2006).

Em estudo recente do Brasil (2015), no entanto, constatou-se que, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, ainda existe vínculo precário, sem a garantia da continuidade do processo de trabalho nem direitos trabalhistas e previdenciários, na realidade nacional, em 15,6% das equipes e, em Minas Gerais, em 30,2%.

Subdimensão 4- Plano de Carreira e Remuneração Variável.

No que tange à existência de Plano de Carreira, Cargo e Salário (PCCS), todas as equipes participantes (100%) responderam que o plano considera apenas a progressão por antiguidade e por titulação e que inexistente a progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito), não havendo, ainda, incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho.

Todas as equipes participantes do estudo (100%) tiveram o desempenho classificado como Mediano ou um pouco abaixo da média, revelando resultado insatisfatório, conforme os dados da avaliação externa, o que denota um prejuízo para a assistência à saúde, já que o Plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, especialmente quando agregado a subsídios como gratificação, desempenho e progressão por qualificação (BRASIL, 2006).

A fragilidade da incorporação do PCCS é predominante nos municípios brasileiros, como constatado no resultado do 1º ciclo da avaliação PMAQ, em que 77,4% dos municípios brasileiros não possuem o plano de carreira e, em Minas Gerais, há o correspondente a 76,5%,

revelando os grandes desafios a serem enfrentados no âmbito do processo de trabalho, na atenção básica (SEIDL *et al.*, 2014; BRASIL, 2015).

Vale destacar que a existência de estratégias de gestão que proporcionem a estabilidade, a fixação e valorização do trabalhador influencia, de forma direta, na continuidade do cuidado, na formação do vínculo com o usuário e na satisfação do binômio usuário-trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados demonstrou que o enfermeiro é o profissional que desempenha a função de coordenador das equipes de atenção básica, sendo, portanto, o respondente do instrumento de avaliação externa, durante o primeiro ciclo PMAQ-AB.

No que se refere ao tempo de permanência na mesma equipe, houve predomínio de período inferior a dois anos, revelando-se uma rotatividade de profissionais, o que compromete a continuidade, a longitudinalidade e a efetividade da atenção básica.

Quanto à formação complementar, os enfermeiros (76,8%) declararam ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação, em que, respectivamente, 34,9% possuem ou estão em formação na Residência em Saúde da Família, 7% possuem ou estão concluindo pós-graduação *strictu sensu* (4,7%, mestrado e, 2,3%, doutorado), revelando-se um resultado muito acima da média quando comparado ao desempenho do estrato, do estado e do nacional. No que concerne à educação permanente, o resultado também revela um desempenho muito satisfatório.

Entretanto, no que diz respeito à Gestão do Trabalho com a Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, o município ainda tem que se empenhar em melhorar o ingresso na função pública, por meio de concurso público, a

fim de proporcionar a desprecarização do processo de trabalho, além da valorização do trabalho, com a implementação de Plano de Cargo, Carreira e Salário que contemple a proteção social, a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

Essa situação requer que se reflita: o fortalecimento da Atenção básica é uma premissa apresentada em todas as normativas e publicações do Ministério da Saúde, no entanto se constata, por meio deste estudo, que os trabalhadores das equipes participantes do PMAQ, em Montes Claros, possuem vínculos frágeis e precários.

O trabalhador da ESF vive e convive cotidianamente com uma realidade injusta, permeada de conflitos, sofrimentos, com uma sensação de impotência dominante, aliada a condições de trabalho e vínculos desfavoráveis, em que uma questão é posta à reflexão: Quando, de fato, ocorrerá a valorização do trabalhador, para que haja a inversão, com a existência de um modelo centrado na promoção, prevenção e proteção da saúde?

REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate [online]*, v.38, n.spe, p. 34-51, 2014.

ARAÚJO, Marize de Barros Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p. 455-64, 2007.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:*

valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJCEPESC; ABRASCO, 2007. p. 130-142.

BONALDI, Cristina *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiência em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJCEPESC; ABRASCO, 2007. p. 80-99.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza-SUS*. Perguntas e respostas: comitê nacional interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Gestão da Atenção Básica: Retratos da Atenção Básica*. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relação na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: MS, 2005.

BRASIL. *Portaria n. 535, de 03 de abril de 2013* – Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. *Portaria n. 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012*, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. *Portaria n.º 2.430, de 23 de dezembro de 2003*. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 dez de 2003, 2003.

BRASIL. *Portaria n.º 2.729, de 13 de novembro de 2013*. Altera e acresce dispositivos à Portaria n.º 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. *Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v.6, n.3, p. 443-56, 2009.

FERNANDES, Helen Nicoletti *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 7, n.1, p.1915-1926, 2015.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes; PINHEIRO, Roseni. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJCEPESC; ABRASCO, 2007. p. 100-122.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Geociências Coordenação de Geografia. *Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil*. Rio de Janeiro, 2015.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.*, v.26, n.2, p. 253-63, 2010.

MACHADO, Letícia Martins *et al.* Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *J. res.: fundam. care. Online*, v.8, n.1, p. 4026-4035, 2016.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. *Cienc. Saúde coletiva*, v.15, n.5, p. 2355-65, 2010.

MORAES, Paulo Navarro; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v.37, n.98, p. 416-26, 2015.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *R. Bras. Enferm.*, v.53, n.2, p. 251-63, 2000.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, p. 438-46, 2004.

SANCHO, Leyla Gomes *et al.* Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. *Trab. Educ. Saúde.*, v.9, n.3, p.431-47, 2012.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [online]. v.38, n.spe, p. 94-108, 2014.

SILVA, Carla Silvana Oliveira *et al.* Qualificação de enfermeiros em saúde da família e qualidade da atenção na ótica de usuários. *Cienc Cuid Saude*, v.14, n.3, p. 1251-1258, 2015.

Normas

Instruções aos autores

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* está em processo de afiliação e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE – <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo. Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes@fiocruz.br

Normas para publicação

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

Ensaio Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Artigo Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português, em inglês (*abstract*) e em espanhol (*resumen*) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ter, no máximo, 100 caracteres com espaço e ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Em texto com dois ou mais autores, logo após as notas de fim, devem vir especificadas, de forma sucinta, as responsabilidades de cada autor na preparação do manuscrito.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando

apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada, e um espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes, com o prenome por extenso e os demais nomes somente por iniciais. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. Diferentes títulos de um mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra em minúscula após a data (ex. 2010a, 2010b), tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.
SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro

e

tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

- a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.
- b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

- a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.
- b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013.

Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

CD-ROM

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade - 1979 a 1996*. Brasília, 1997. 1 CD-ROM.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por até três pareceristas *ad hoc*. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores. Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados convergem no sentido de apontar que a longitudinalidade do profissional enfermeiro, associada à formação profissional com residência em saúde da família, implica melhor desempenho na avaliação do PMAQ, no que se refere ao indicador em saúde da mulher, contribuindo para a consolidação de uma melhoria da qualidade da assistência do binômio mãe-filho.

O desempenho satisfatório das equipes estudadas, em todos os indicadores, apresenta relação direta com os atributos da atenção primária, podendo-se inferir que a longitudinalidade e a continuidade do cuidado resultam na formação de vínculos efetivos, por meio de relações estreitas profissional-usuário, pautadas na confiança, na coparticipação, na construção do projeto terapêutico singular, em que o cliente se torna ator do processo de cuidado, impactando diretamente a morbimortalidade por causas sensíveis à atenção primária.

Evidenciou-se também que o enfermeiro é o profissional que desempenha a função de coordenador das equipes de atenção básica, sendo, portanto, o respondente do instrumento de avaliação externa, durante o primeiro ciclo PMAQ-AB, no qual se constatou que o tempo de permanência desse profissional na mesma equipe ocorreu, na maioria das vezes, por um período inferior a dois anos, o que revela uma rotatividade de profissionais, comprometendo a continuidade, a longitudinalidade e a efetividade da atenção básica.

Quanto à formação complementar, o resultado apresentou-se muito acima da média quando comparado ao desempenho dos estratos estadual e nacional. No que concerne à educação permanente, o resultado também revela um desempenho muito satisfatório.

Entretanto, no que diz respeito à Gestão do Trabalho com a Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, o município ainda tem que se empenhar em melhorar o ingresso na função pública, por meio de concurso público, além da valorização do trabalho, com a implementação de Plano de Cargo, Carreira e Salário que contemple a proteção social, a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

Ressalta-se que foram utilizados dados secundários, obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que pode constituir uma limitação do estudo, em virtude da confiabilidade dos dados obtidos.

Outra limitação reconhecida no presente estudo relaciona-se ao fato de o estudo representar apenas um único município. Outro aspecto, diz respeito às próprias limitações inerentes ao tipo de delineamento da pesquisa, transversal, de cunho descritivo.

A transformação e a implementação das políticas de valorização do trabalhador e também das ações primárias de saúde constituem-se um grande desafio a ser superado, além da necessidade de, efetivamente, institucionalizarem-se a avaliação e o monitoramento no processo de trabalho cotidiano de todas as equipes de saúde da família.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão sobre a implantação do PMAQ e o impacto da certificação das equipes, no primeiro ciclo (2011-2012), no município, frente aos indicadores, além de apontar os desafios a serem alcançados.

Espera-se que haja uma valorização dos profissionais da atenção básica, por meio da desprecarização do processo de trabalho, contribuindo diretamente na continuidade do cuidado, na formação do vínculo com o usuário e na satisfação do binômio usuário-trabalhador. Além disso, é necessária a instrumentalização da gestão municipal de saúde, com a sensibilização de todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), com vistas a subsidiar a gestão do trabalho, o processo decisório, o planejamento, juntamente com a implementação de um cuidado qualificado e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS 25 anos*. Brasília (DF): CONASS, 2007.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, livro 1*. Brasília (DF): CONASS, 2007.
3. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. MATTEI, D. A.; TAGLIART, M. H.; MORETTO, E. F. S. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF*. 2005, 11(3):308-317.
5. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
6. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*. 2005, 9(16):39-52.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de *Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS*. Painel de indicadores do SUS n. 4- Temático Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana, 2008.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
9. D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006, 59(1): 84-8.
10. 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, 2012.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
12. CLARES, J. W. B.; SILVA L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; LIMA, L. L. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011, 19(4): 604-9.

13. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, livro 8).
14. MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
15. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Projeto saúde em casa*. Plano diretor da atenção primária à saúde. Oficina II: Análise da APS no município – guia do participante.
16. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.
17. 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, 2012.
18. CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17(4):901-911.
19. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
20. FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2004, 4 (3):317-321.
21. 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, 2005.
22. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília, 2008.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil)*. Brasília, 2010.
24. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.654*. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília, 2011.

25. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ*. Brasília, 2012.
26. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica: Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*. Brasília, 2013.
27. CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, 2009, 6 (3), 443-456.
28. Ministério da Saúde, *Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
29. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
30. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
31. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.
32. ESTRELA, C. *Metodologia Científica: Ciência, ensino e pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A –

Indicadores do PMAQ

1. Saúde da Mulher:

Desempenho/ Monitoramento:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de Atenção Básica;
- 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre;
- 1.4 Proporção de Gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia;
- 1.6 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

APÊNDICE B – Termo de Concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Este estudo não causará nenhum dano à saúde das pessoas, em contrapartida poderá contribuir para a melhoria das ações direcionadas aos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia de Saúde da família. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar o desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais em relação aos indicadores de saúde e padrão de qualidade por meio do monitoramento dos indicadores de saúde e padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

2- Metodologia/procedimentos: Pretende-se realizar uma pesquisa de campo com abordagem quantitativa do tipo exploratória e transversal de cunho descritivo, onde utilizará para instrumento de coleta de dados um formulário para a busca de dados secundários obtidos no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) eletrônico de cada equipe de saúde e também o consolidado do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) respondido pelos servidores de nível superior das equipes de saúde da família. A coleta de dados ocorrerá na Secretaria Municipal de Saúde em data e horário pré agendado de acordo com a disponibilidade do serviço.



TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

3- Justificativa: A ampliação do impacto da atenção básica no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira especialmente nas internações e condições sensíveis a atenção primária somente será alcançada com equipes de saúde da família resolutivas e comprometidas com as condições de saúde da população e fortalecidas/ apoiadas pelos gestores por meio de políticas públicas que favoreçam o acesso e a melhoria da qualidade com a definição de padrões de qualidade e indicadores mensuráveis permitindo a maior visibilidade aos resultados alcançados com as ações de saúde.

4- Benefícios: Através dos dados obtidos poderemos desenvolver um posterior trabalho de conscientização sobre o assunto.

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a resolução 196 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, as pesquisadoras Carolina dos Reis Alves e Mariléia Chaves Andrade se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse neste termo de consentimento. Nesta pesquisa, o risco previsto para a instituição cedente, relaciona-se ao fato das pesquisadoras manipularem dados/ fichas do Serviço para identificarem dos dados do estudo podendo levar a perda de documentos e para minimizá-los será solicitado que um funcionário do setor acompanhe as pesquisadoras durante o processo de levantamento de dados na ESF.

6- Danos: é garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes conforme informações contidas nas fichas e documentos utilizados, ficando isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos conseqüentes deste estudo, ou seja, este estudo não causará nenhum dano à saúde dos participantes.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não há

8- Confidencialidade das informações: será mantido sigilo, inclusive dos nomes dos profissionais das equipes de saúde da família, e das demais informações descritas nas fichas e documentos dos sistemas de informação.

9- Compensação/indenização: a participação é voluntária, não haverá nenhuma remuneração.

10- Outras informações pertinentes: a presente pesquisa poderá ser divulgada/publicada em outras fontes científicas, obedecendo aos critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética e de acordo com a resolução 196/96.

11- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o consentimento para a realização desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nayara Teixeira Gomes Coordenação Saúde da Família

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Nayara Teixeira Gomes
Coord. Estratégia Saúde da Família
SUS/SMS - Montes Claros - MG

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa

18/09/12

Data

Mariléia Chaves Andrade

Mariléia Chaves Andrade

Assinatura

18/09/12

Data

APÊNDICE C –

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER N° _____, EM ____/____/_____

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Avaliar o desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais em relação aos indicadores de saúde e padrão de qualidade por meio do monitoramento dos indicadores de saúde e padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de uma pesquisa transversal de cunho descritivo com abordagem quantitativa. Sua contribuição nesta pesquisa será o preenchimento do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) elaborado pelo Ministério da Saúde. A aplicação do formulário será na secretaria municipal de saúde em data e horário pré agendado de acordo com a disponibilidade. Antes da aplicação do formulário você receberá todas as informações sobre a pesquisa necessárias a compreensão da mesma. Após a entrevista você deverá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a utilização dos resultados do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER N° _____, EM ____/____/_____

3- Justificativa: A ampliação do impacto da atenção básica no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira especialmente nas internações e condições sensíveis a atenção primária somente será alcançada com equipes de saúde da família resolutivas e comprometidas com as condições de saúde da população e fortalecidas/ apoiadas pelos gestores por meio de políticas públicas que favoreçam o acesso e a melhoria da qualidade com a definição de padrões de qualidade e indicadores mensuráveis permitindo a maior visibilidade aos resultados alcançados com as ações de saúde.

4- Benefícios: Através dos dados obtidos poderemos desenvolver um posterior trabalho de conscientização sobre o assunto.

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a resolução 466/2012 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano á saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse neste termo de consentimento. O desconforto previsto para o sujeito relaciona-se ao tempo despendido. Para minimizá-lo o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

6- Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Na impossibilidade da realização da entrevista na secretaria municipal de saúde será solicitada a participação do sujeito logo após o atendimento na unidade de saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Pesquisador Responsável: Mariléia Chaves Andrade, Avenida Cula Mangabeira, n.562 Santo Expedito Montes Claros - MG, 38 3229-8502

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER Nº _____, EM ____/____/____

8- Confidencialidade das informações: O acesso aos dados coletados na pesquisa será permitido apenas aos pesquisadores identificados e que fazem parte deste estudo sendo, portanto, vetado o acesso aos dados a qualquer outra pessoa que não possua permissão formal para atuar nesta pesquisa. Os autores da pesquisa conservarão sob sua guarda os resultados com objetivo futuro de pesquisa. As informações obtidas serão usadas apenas para fins científicos e sua identidade preservada, garantindo confidencialidade das informações fornecidas.

9- Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, o participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento.

10- Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não participar desta pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Em se tratando de pesquisa a ser realizada com menores de idade, responsabilizarei pela divulgação dos dados.

_____	_____	____/____/____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	____/____/____
Mariléia Chaves Andrade	Assinatura do pesquisador responsável	Data

ANEXO

ANEXO A- Dimensão Valorização do Trabalhador

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade Básica de Saúde

O profissional que responderá à entrevista deverá ser o que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe (entre o(s) médico(s), enfermeiro(s) e dentista(s)), determinado previamente pelo conjunto dos profissionais. É importante que ele se reúna com os demais para se preparar para responder às questões ao Avaliador da Qualidade.

Informações de formação complementar, vínculo, forma de contratação, plano de carreira, apoio institucional e educação permanente também devem ser respondidas no sistema de Gestão do PMAQ, no *site* do Departamento de Atenção Básica.

Quando houver na equipe, profissionais de saúde bucal, um deles deverá responder as questões referentes ao tema.

A relação dos documentos a serem verificados pelo avaliador da qualidade será divulgada previamente, antes da visita do avaliador da qualidade.

Neste módulo, o profissional de equipe será convidado a responder perguntas e apresentar documentos que apoiarão a verificação realizada pelo avaliador da qualidade, considerando os seguintes aspectos:

1) Modalidade e Profissionais que Compõem a Equipe de Atenção

- Tipo de equipe;
- Quantidade de profissionais que atuam na equipe;
- Nas Unidades Básicas de Saúde que possuem mais do que uma Equipe de Atenção Básica, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha a opção de escolha sobre qual equipe deseja ser vinculado.

2) Tempo de Atuação, Formação Complementar e Qualificação do Profissional Entrevistado da Equipe de Atenção Básica (especialização, residência, mestrado, doutorado).**3) Contratação dos Profissionais e Vínculo de Trabalho.****Agente Contratante:**

Administração direta

Consórcio intermunicipal de direito público

Consórcio intermunicipal de direito privado

Fundação pública de direito público

Fundação pública de direito privado

Organização social
Entidade filantrópica
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
Cooperativa
Empresa

Tipo de vínculo:

Servidor público estatutário
Cargo comissionado
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial
Contrato temporário por prestação de serviço
Empregado público CLT
Contrato CLT
Autônomo
Outro

Mecanismo de ingresso:

Concurso público
Seleção pública
Outro

4) Existência de Plano de Carreira e Remuneração por Desempenho para os Trabalhadores da Atenção Básica.

5) Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas

Essas ações se referem as que a equipe participa ou participou no último ano.

Exemplos de ações: processos de educação permanente e cursos presenciais, espaços sistematizados de trocas de experiência, tutoria/preceptoria, telessaúde, EAD (ex: UNASUS), RUTE – Rede Universitária de Telemedicina, etc.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Pesquisador: Marileia Chaves Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04740012.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 126.227

Data da Relatoria: 19/10/2012

Apresentação do Projeto:

Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças reconhecendo o contexto

familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde.

Pesquisa transversal de cunho descritivo com abordagem quantitativa. Os locais selecionados para a realização da pesquisa serão as equipes da Estratégia Saúde da família do município de Montes Claros/MG. Os sujeitos selecionados serão os

profissionais de nível superior das 35 equipes que realizaram a adesão ao PMAQ . Esse estudo utilizará como instrumentos para a coleta de dados primários a aplicação do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) com servidores de nível superior das equipes de saúde da família; esse instrumento foi elaborado pelo Ministério da Saúde com o intuito de avaliar a atenção primária por

meio de padrões de qualidade e dimensões. Também será utilizado um formulário elaborado pelo pesquisador para a busca de dados secundários obtidos no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) eletrônico. Os dados serão digitados e explorados no programa de banco de dados

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univer Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (383)229-8103 E-mail: vaniasvb@unimontes.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



do software Statistical Package for Social - SPSS versão 18.1 for Windows. A análise dos dados será guiada à luz da estatística descritiva, apresentando-se os achados através de freqüências e medidas de tendência central e de dispersão além da análise descritiva com utilização do do modelo de regressão linear simples para verifica a tendência dos indicadores se ocorre mudanças em relação ao período do ano, composição da equipe, tempo de implantação. Será utilizado teste estatísticos que verificará a correlação entre os escores das dimensões, padrões e indicadores por meio do teste Qui-Quadrado e do coeficiente de correlação de Pearson com nível de significância admitido de 5% ($p0,05$).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o desempenho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais em relação aos indicadores de saúde e padrão de qualidade por meio do monitoramento dos indicadores de saúde e padrão de qualidade contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Objetivo Secundário: Verificar o padrão de qualidade da atenção básica por meio do instrumento de autoavaliação Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (AMAQ); Identificar a presença e a extensão do desenvolvimento das dimensões e diretrizes da atenção básica por meio da AMAQ; Comparar o grau de adequação dos padrões de qualidade entre as equipes de saúde da família. Estabelecer correlação entre padrão de qualidade e variáveis- tempo de implantação, tempo de permanência dos profissionais, tempo de formação das equipes, estrato socioeconômico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a resolução 196 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse no termo de consentimento. O desconforto previsto para o sujeito relaciona-se ao tempo despendido. Para minimizá-lo o participante será

informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

Benefícios: Os resultados dessa pesquisa poderão orientar as intervenções que proporcionarão a melhoria do acesso e da qualidade da assistência com a qualificação das praticas da atenção básica com efetividade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está muito bem redigido e apresenta boa qualidade. Considerando aspectos de saúde pública, o tema é relevante e atual. A metodologia descreve todos os passos da realização do estudo, permitindo a análise crítica sobre o desenvolvimento do estudo. A metodologia utilizada é

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (383)229-8103 E-mail: vaniasvb@unimontes.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



adequada e permite alcançar os objetivos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

o Comitê de ética em Pesquisa da Unimontes entende que o projeto está dentro das normas do CNS e da resolução 196/96, e aprova o projeto.

MONTES CLAROS, 19 de Outubro de 2012

Assinador por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)