

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE- ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE
VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

BÁRBARA MISSLANE DA CRUZ CASTRO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE ATRAVÉS DO PROGRAMA
DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ-AB – CICLO II)**

MANAUS

2017

BÁRBARA MISSLANE DA CRUZ CASTRO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE ATRAVÉS DO PROGRAMA
DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ-AB – CICLO II)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD/Fiocruz Amazônia como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, eixo de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Seção Biblioteca Dr. Antônio Levino da Silva Neto - ILMD

C355a

Castro, Bárbara Misslane da Cruz.

Avaliação da Atenção Básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB - Ciclo II). / Bárbara Misslane da Cruz Castro. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

131 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia)– Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Rosana Cristina Pereira Parente.

1. Avaliação em Saúde 2. Atenção Básica à Saúde 3. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 4. PMAQ-AB I. Título

CDU 614(81)(043.3)

CDD 362.1

22. ed.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BÁRBARA MISSLANE DA CRUZ CASTRO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE ATRAVÉS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB – CICLO II)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD/Fiocruz Amazônia como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, eixo de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Manaus, 27 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente-Presidente
Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD/ Fiocruz Amazônia

Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira- Membro Interno
Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazônia

Profa. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira- Membro Externo
Universidade Federal do Amazonas- UFAM

DEDICATÓRIA

Ao Deus da minha vida, meu consolador e ajudador, minha fonte de vida.

“O teu reino é reino eterno, e o teu domínio permanece de geração em geração. O Senhor é fiel em todas as suas promessas e é bondoso em tudo o que faz”. (Salmos 145:13)

À minha mãe Marlene Castro e ao meu pai Antônio Barros, por serem meus principais alicerces, por nunca me desampararem em meio aos tropeços e frustrações da vida. Meus amores verdadeiros e incondicionais.

“Honra teu pai e tua mãe, a fim de que tenhas vida longa na terra que o Senhor o teu Deus, te dá.” (Êxodo 20:12)

Ao meu irmão Carlos Castro pelo apoio e atenção.

“Como é bom e agradável quando os irmãos convivem em união”. (Salmos 133:1)

Às minhas amigas Ana Katly, Ericka Meirelles, Érica Navegante, Daniela Paula e Marcia Amorim pelo companheirismo ao longo destes vastos anos de amizade.

“É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajuda-lo a levantar-se, Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se.” (Eclesiastes 4:9-10)

A todos os Pmaquianos que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Por todos os vossos esforços.

“Deem a cada um o que lhe é devido... se honra, honra.” (Romanos I 13:7)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o dono da minha vida. Agradeço a todas as bênçãos e oportunidades a mim conferidas, mesmo nas situações em que, como pessoa, me julgo não capaz de merecer.

Aos meus pais Marlene da Cruz Castro e Antônio Barros de Castro Neto, por acreditar e incentivar meus sonhos, por me fazer perseverar mesmo quando o mundo me desencoraja.

A minha avó (in memoriam) Dilma Barros de Castro, por me despertar seu senso de coragem, de luta e de perseverança em meios às situações difíceis da vida.

Ao meu irmão Carlos Antônio da Cruz Castro, por me despertar um sentido e um caminho.

Ao meu namorado Alessandro Gadelha Fontoura, por seu amor e seu companheirismo diante desta e de outras empreitadas da vida.

Em especial à minha orientadora, Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente, por ter confiado a mim a oportunidade de ser sua aluna, por ter dedicado horas preciosas da sua vida em prol de orientações e esclarecimentos, por acreditar na minha capacidade em desenvolver pesquisa, por me encorajar a dar saltos cada vez mais altos no mundo acadêmico, além de toda a sua simpatia e acolhimento durante os momentos em que me orientava. A ti, eu agradeço muito.

Aos amigos da primeira turma de mestrado do Programa em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia-PPGVIDA, pelos momentos de descontração, desabafos, compartilhamento de conhecimento, carinho e compreensão.

Ao Orácio Carvalho Ribeiro Júnior, pela parceria no desenvolvimento das pesquisas produzidas a partir dos dados do PMAQ-AB e, sobretudo, pela perseverança e boas vibrações durante essa trajetória.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Manaus-EEM, por terem contribuído com a minha formação acadêmica e por incentivarem meus sonhos assim como o ingresso no curso de mestrado.

Aos profissionais entrevistadores do PMAQ-AB, por viabilizarem a realização desta pesquisa por meio de seus empenhos e dedicações e, acima de tudo, por acreditarem na pesquisa avaliativa como instrumento de mudança e reflexão no trabalho da atenção básica.

À Coordenação do Programa de Mestrado Acadêmico em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, em nome da Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo. Principalmente pelo pontapé inicial de implantar o primeiro mestrado em Saúde Coletiva de Manaus e por todos os seus esforços em conduzir brilhantemente este programa.

Todo mundo ama um dia

Todo mundo chora

Um dia a gente chega

E no outro vai embora

Cada um de nós compõe a sua história

Cada ser em si

Carrega o dom de ser capaz

E ser feliz...

Almir Sater

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde do Brasil através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, do tipo normativo com abordagem quantitativa, a partir dos dados do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB, realizado no segundo semestre de 2014, durante a etapa de avaliação externa, com a aplicação do questionário de avaliação do módulo II- entrevista com o profissional de saúde e verificação de documentos na unidade. Participaram da pesquisa 29.777 equipes de saúde distribuídas em 4.826 municípios brasileiros. Nesta pesquisa foi priorizada a análise da Dimensão IV- Acesso e Qualidade da Atenção e a Organização Processo de Trabalho. As subdimensões do estudo foram: População de referência da equipe de atenção básica, Planejamento de ações da equipe de atenção básica, Organização da agenda da equipe de atenção básica, Organização dos prontuários na unidade básica de saúde e Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade. Para analisar a adequação do processo de trabalho das equipes primeiramente foi realizada a exploração do banco de dados e avaliada sua completude, com recorte para as respostas referentes ao questionário do módulo II. Em seguida foram agrupadas as equipes de saúde do Brasil segundo a adequação do processo de trabalho com base em características demográficas e indicador socioeconômico e de saúde dos municípios do Brasil, como: Região geopolítica, Porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF); e posteriormente foram realizadas associações dessas variáveis com a adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica. (EAB). A avaliação da adequação do processo de trabalho das EAB, para cada subdimensão, obedeceu aos seguintes critérios: adequação de 100% quando todos os padrões alcançaram notas 10 de respostas positivas para os itens avaliados; adequação de 99,99%-80% quando os padrões alcançaram notas entre 8,1 e 9,9 e adequação $\leq 80,0\%$ quando os padrões alcançaram notas menores ou iguais a 8,0. **RESULTADOS:** Os resultados revelam grandes desigualdades no processo de trabalho das equipes de saúde entre as regiões brasileiras, com impactos significativos no acesso e na qualidade da atenção à saúde na atenção básica. A essas desigualdades podem ser atribuídas às especificidades locais, assim como também à forte influência do IDHM, porte populacional e cobertura da ESF. No que tange as regiões geopolíticas, o Sudeste e o Nordeste apresentaram o melhor perfil de equipes adequadas. Em contrapartida, a região Norte e Centro-Oeste apresentaram os piores resultados de adequação. As equipes com a maior proporção de adequabilidade foram encontradas em municípios de elevado porte populacional (a partir de 146.553.), alto IDHM (0,700 a 1) e baixa cobertura de ESF (Até 56,93%). **CONCLUSÃO:** Os resultados do estudo revelam que o processo de trabalho das equipes de atenção básica (EAB) é incipiente, fragmentado, desarticulado e que os entraves para a consolidação da AB estão impregnados no contexto de saúde brasileiro. Embora o PMAQ-AB tenha sido instituído com o intuito de garantir um padrão de qualidade assistencial a nível local, regional e nacional, trata-se de uma pesquisa normativa cuja avaliação é realizada com base num padrão de assistência definida pelas políticas nacionais do Ministério da Saúde sendo reproduzida nos mais diversos contextos de saúde do país.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; Gestão do Processo de trabalho.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the work process of Brazil primary care teams through National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). **METHODS:** This is a cross-sectional, normative-type study with a quantitative approach, based on data from the second PMAQ-AB evaluation cycle, carried out in the second half of 2014, during the external evaluation phase, with the application of the evaluation questionnaire of module II - interview with the health professional and documents' verification in the unit. A total of 29.777 health teams were distributed in 4,826 Brazilian municipalities. In this research was prioritized the analysis of Dimension IV - Access and Quality of Care and Organization Work Process. The sub-dimensions of the study were: Reference population of the primary care team, Planning of actions of the primary care team, Organization of the agenda of the primary care team, Organization of medical records in the basic health unit and Coordination of care in the attention and resolute network. In order to analyze the adequacy of the work process of the teams, it was first performed the exploration of the database and evaluated its completeness, with a cut-off for the answers regarding the module II questionnaire. Then, the Brazilian health teams were grouped according to the adequacy of the work process based on the demographic characteristics and health indicators of the municipalities of Brazil, such as: geopolitical region, population size, Municipal Human Development Index (HDI) and Coverage of Family Health Strategy (FHS); Afterwards, associations of these variables were performed with the adequacy of the work process of the teams. The evaluation of the adequacy of the work process of the primary care teams, for each sub-dimension, obeyed the following criteria: Adequacy of 100% when all the standards reach 10 notes of positive answers for the evaluated items; Adequacy of 99.99% -80% when standards reach grades between 8.1 and 9.9 and Adequacy $\leq 80.0\%$ when standards reach grades smaller than or equal to 8.0. **RESULTS:** The results reveal great inequalities in the work process of health teams among Brazilian regions, with significant impacts on access and quality of health care in primary care. These inequalities can be attributed to local specificities, as well as the strong influence of the HDI, population size and FHS coverage. Regarding the geopolitical regions, the Southeast and Northeast regions presented the best profile of suitable teams, by contrast the North and Midwest regions presented the worst results of the primary care teams adequacy of the work process . The teams with the highest proportion of adequacy were found in municipalities with a high population size (from 146,553), high HDI (0.700 to 1) and low coverage of FHS (Up to 56.93%). **CONCLUSION:** The results of the study demonstrated that the work process of primary health care teams (EAB) is incipient, fragmented, disarticulated and that the obstacles to the consolidation of primary health care are impregnated in the context of Brazilian health. Although PMAQ-AB had been established to ensure a quality standard of care at the local, regional, and national levels, this is a normative research which assessment is based on a standard of health care defined by the national policies of the Ministry of Health being reproduced in about several health contexts of the country.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy; Program for Improving Access and Quality of Primary Care; Work Process Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Apoio Institucional
APS	Atenção Primária em Saúde
AMQ	Avaliação da Melhoria da Qualidade
AMAQ	Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
POSGRAD	Programação da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Compromisso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: A tipologia do trabalho em equipe.....	50
Figura 02: Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.....	51
Figura 03: Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, 2014.....	81
Figura 04: Avaliação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil com 100% de adequação, segundo as regiões geopolíticas, Brasil, 2014.....	83
Figura 05: Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, segundo porte populacional dos municípios, Brasil, 2014.....	84
Figura 06: Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, segundo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Brasil, 2014.....	85
Figura 07: Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, segundo a Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Brasil, 2014.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Matriz de pontuação para avaliação dos padrões de qualidade.....	68
Quadro 02: Matriz de julgamento das subdimensões que avaliaram o processo de trabalho.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica, segundo características demográficas e indicadores de saúde, Brasil, 2014.....	87
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	25
4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	28
4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	30
4.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	34
4.4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	40
4.4.2 Política Nacional da Atenção Básica	43
4.4.3 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)	46
4.5 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	47
4.5.1 Aspectos gerais sobre o processo de trabalho na saúde	47
4.5.2 O trabalho em equipe	49
4.5.3 O processo de trabalho na atenção básica	53
4.5.4 Estudos de avaliação do processo de trabalho na atenção básica	55
4.6 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	58
4.6.1.Avaliação Externa	59
4.6.2 Novas fases do PMAQ-AB	61
5. METODOLOGIA	63
5.1 ÁREA DO ESTUDO	63
5.2 TIPO DE ESTUDO	63
5.3 UNIVERSO DA PESQUISA	64
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	64

5.5 COLETA DE DADOS.....	64
5.6 UNIDADES DE ANÁLISE.....	65
5.7 PLANO DE ANÁLISE.....	65
5.7.1 Primeira etapa - Fase exploratória	65
5.7.2 Segunda etapa – Atribuição de pontos aos padrões de qualidade.....	66
5.7.3. Terceira etapa- Categorização das variáveis.....	78
5.7.4. Quarta etapa- Associação entre as variáveis de contexto e os níveis de adequação do processo de trabalho	79
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	80
5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	80
6. RESULTADOS.....	81
7. DISCUSSÃO	91
7.1 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL	91
7.2 ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DO BRASIL SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SAÚDE	103
7.3 REFLEXÕES LIVRES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	106
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	127

1 INTRODUÇÃO

Desde a Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser considerada um dos principais pilares para a organização de qualquer sistema de saúde. A APS é vista como fundamental na organização dos sistemas de saúde de diversos países, sendo compreendida como modelo assistencial para racionalização e organização dos recursos básicos e especializados, com objetivos de manter e promover a saúde da população servindo como coordenadora e ordenadora para a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Países como a Inglaterra e o Canadá vivenciaram experiências exitosas com a organização das políticas públicas de saúde pela APS. Os impactos desse modelo puderam ser evidenciados por meio da melhoria nos indicadores de saúde, com maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, maior efetividade no tratamento das doenças crônicas, maior eficiência no cuidado, ampliação das práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e na diminuição das iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

No Brasil, a APS ganhou potência a partir das discussões norteadoras da Reforma Sanitária. Os atores envolvidos nesse processo adotaram o sintagma “Atenção Básica à Saúde (AB)” para se contrapor aos países e organismos internacionais que caracterizam a APS como um conjunto de ações de baixa complexidade voltada às populações de baixa renda com o intuito de minimizar as exclusões sociais e econômicas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

À luz da produção científica brasileira, bem como dos documentos ministeriais e secretarias, a APS veio sendo institucionalizada como Atenção Básica à Saúde (AB). É considerada o único nível de atenção à saúde presente em todos os municípios brasileiros (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Desde então, o termo Atenção Básica em Saúde (AB) vem sendo empregado para assinalar a atenção à saúde em seu primeiro nível de cuidado.

A AB é definida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio do trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Essa equipe assume responsabilidades que, utilizando tecnologias de elevada complexidade e

baixa densidade, devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 2006a). A atenção deve ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Como proposta de expandir e consolidar a AB no país, por meio do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria N° 648, de 28 de março de 2006. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Logo após, em 2011, a antiga PNAB foi revisada pela Portaria de N°. 2.488 em 21 de outubro de 2011, que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a).

Considerando a expansão e consolidação da Atenção Básica propostas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), algumas demandas se impõem ao governo brasileiro. Uma das que se impõem com mais força refere-se a um maior acesso e a uma melhor qualidade na prestação dos serviços de saúde. Contudo, há algumas divergências sobre as medidas específicas a adotar. Para alguns, se trata de garantir a eficiência com menos recursos; para outros, de incrementar os investimentos segundo padrões internacionais ou até melhorar os serviços mediante processos de democratização e empoderamento de grupos envolvidos (CAMPOS et al., 2012).

A ESF tem como um de seus pilares a reorganização dos processos de trabalho das equipes de atenção básica. A base principal desse modelo é o trabalho em equipe centrado na multi e interdisciplinaridade. Entretanto, o trabalho desenvolvido nesse âmbito não pode ser centrado apenas na equipe e na mudança de atenção voltada ao domicílio e ao território. Deve considerar também a responsabilização dos profissionais pelas ações de saúde, vínculo entre a população adscrita e a equipe e a abordagem do usuário como sujeito ativo do processo de cuidado (SILVA; TRAD, 2005).

No cenário de fortalecimento da Atenção Básica, torna-se evidente a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização do serviço e do processo de trabalho das equipes, bem como os possíveis impactos produzidos na saúde e no bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). A Atenção Básica passa a ser vista, nesse cenário, como uma importante ferramenta para a organização dos serviços de saúde assim como para a otimização dos gastos com a saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A incorporação de práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde é uma necessidade que se mostra cada vez mais frequente nas políticas e programas do Ministério da Saúde. Essa incorporação tem contribuído para aprimorar a capacidade técnica em todos os níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2006; FIGUIREDO et al., 2009).

Nos últimos anos, no Brasil, inúmeras iniciativas e experiências de avaliação da Atenção Básica têm sido implementadas a fim de alcançar melhorias nas políticas de saúde (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008; PINTO-JÚNIOR et al., 2015).

Diante da necessidade da criação de procedimentos avaliativos não punitivos, mensuráveis, capazes de responder à diversidade dos atores envolvidos no processo assistencial, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é instituído. Seu objetivo é subsidiar o processo de tomada de decisão dos gestores federal, estadual e municipal, com vistas à melhoria do acesso e qualidade da atenção básica à saúde (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB, sendo um dos principais instrumentos de avaliação nacional, tem a pretensão de ser capaz de favorecer o aprendizado individual e coletivo. Ele objetiva monitorar as ações em saúde em conformidade aos princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), identificando como ocorre o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios (BRASIL, 2012b).

No seu âmbito, foi realizada a Avaliação Externa. Essa Avaliação contou com a participação de mais de 40 instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo. Com efeito, ela fomenta a institucionalização da cultura de avaliação pautada no fortalecimento de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados, visando estimular a ampliação do acesso nos variados contextos brasileiro (BRASIL, 2012b).

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b). O PMAQ-AB busca, sobretudo, incentivar os gestores locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência na AB (BRASIL, 2012b).

Além disso, é necessário que a avaliação seja instituída nos serviços com o intuito de reorientar e/ou organizar os processos assistenciais, com enfoque na

autoavaliação dos profissionais e equipes de saúde. Essas mudanças são capazes de estimular o coletivo a analisar seu processo de trabalho, definir prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação de problemas e alcance de metas de objetivos acordados em equipe (BRASIL, 2013a).

Considerando a Saúde da Família como modelo de reorientação da AB no Brasil e como lugar de produção de saúde, muitas reflexões são produzidas sobre a forma como o trabalho e as condições do meio são produzidos. As discussões sobre o processo de trabalho têm sido cada vez mais frequentes, uma vez que é considerada condição essencial para a mudança do modelo assistencial (AGUIAR, 2007). A partir disso é possível refletir sobre a organização do processo de trabalho em Saúde da Família e enfatizar a necessidade de integrar novas formas de relações entre usuários e profissionais de saúde, além de buscar o fortalecimento das redes intra e intersetoriais.

Considerando as barreiras assistenciais produzidas no âmbito do trabalho das equipes de saúde da atenção básica é de suma importância identificar outras barreiras capazes de produzir diferenças significativas de acesso aos serviços de saúde entre regiões e municípios brasileiros (SILVA; BACHA, 2014). Essa tarefa se faz importante principalmente nos grandes centros urbanos, onde o investimento na AB é precário, e pode ser feita com maior ampliação de recursos e de força de trabalho na média e alta complexidade (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

Diante de tais questionamentos, esta pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: Como estão organizados os processos de trabalho das equipes de saúde da atenção básica nos municípios do Brasil, considerando os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional da Atenção Básica?

2 JUSTIFICATIVA

O interesse por estudos avaliativos veio à baila durante a vivência na Atenção Básica como pós-graduanda em um programa de residência em saúde. Essa experiência foi essencial no processo de formação para compreensão de como eram oferecidos os serviços de atenção à saúde da mulher e como esses serviços se articulavam com o sistema de saúde de modo mais amplo.

No cotidiano do serviço de uma unidade básica de saúde da família, pude observar algumas condições estruturais, assistenciais e o processo de trabalho da equipe, que comprometiam a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência. O serviço contava com a atuação de uma equipe multiprofissional, sem, no entanto, se visualizar a integração dos profissionais no cuidado à saúde dos indivíduos. Era intensa a hegemonia médica nas ações em saúde, quando deveriam ser ações em equipe voltadas às reais demandas da população. Além disso, amplas relações de poder se estabeleciam.

Embora não tivesse tido previamente aproximação com a avaliação proposta pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB, interessou-me o estudo sobre a questão e as suas implicações para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica. Com o ingresso no mestrado em saúde coletiva, surgiu a oportunidade de ser apresentada a pesquisa do PMAQ-AB. Em seguida, veio a proposta de estudá-lo sob a perspectiva da avaliação do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

As pesquisas com enfoque na qualidade da organização do serviço e do processo de trabalho das equipes de atenção básica são importantes. Elas representam um passo necessário para o conhecimento de suas limitações e deficiências de atendimento aos problemas de saúde nos espaços onde são produzidas.

No Brasil, na última década, cresceu a utilização de avaliações em saúde para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos, subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde vem se tornando uma prática fundamental para reorientação dos serviços e alocação de recursos para a saúde. Embora seja compreendida em múltiplos conceitos, deve-se pensar na diversidade dos atores envolvidos nesse processo.

A qualidade é ressignificada de acordo com a percepção de quem utiliza os serviços ou por quem os produz. Partindo desse pressuposto, é importante que sejam alinhados em conformidade com a satisfação das necessidades de ambos os olhares, dos gestores, usuários e profissionais da saúde.

Nesse contexto, a avaliação surge como instrumento de mudança, com incentivo à melhoria do processo assistencial a partir do cumprimento mínimo dos padrões de qualidade pelos serviços de saúde. Nos serviços públicos de saúde, pode-se observar a incessante busca pela qualidade da assistência, devido às profundas desigualdades sociais, às péssimas condições de vida e de saúde da população, à má alocação dos recursos, à ineficiência, aos custos crescentes e à desigualdade nas condições de acesso dos usuários (FADEL; REGIS-FILHO, 2009; MARTINS et al., 2014). Nesse sentido, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos (FRIAS et al., 2010).

Ainda são escassos os estudos que avaliem o desempenho do sistema de atenção básica de forma global (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Além disso, é evidente na literatura a falta de articulação entre os estudos de políticas de qualidade e os resultados no desempenho do sistema e na saúde da população (DILLEY; BEKEMEIER; HARRIS, 2012).

No campo científico, pode-se observar escassez de estudos que retratem a avaliação com foco no processo de trabalho das equipes de atenção básica nos mais variados contextos de saúde brasileiro. As pesquisas nacionais são de relevância avaliativa voltada para programas ou serviços de saúde específicos vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) ou de comparação entre o modelo do PSF com o de unidades básicas de saúde tradicionais (FIGUEIREDO et al., 2009; ARAKAWA et al., 2011; FACCHINI et al., 2006; SALA; MENDES, 2011; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006).

Embora muitos trabalhos brasileiros avaliem a ESF com enfoque na organização dos serviços ou processo de trabalho na Atenção Básica, faz-se necessário que técnicas mais sofisticadas de avaliação sejam sistematizadas (CASTANHEIRA et al., 2011).

Ainda nos dias atuais, observa-se a grande dificuldade em reorganizar a prática assistencial em superação ao modelo tradicional de saúde. Mesmo com os avanços do SUS e a formulação dos princípios e diretrizes da Atenção Básica, a rede de atenção à

saúde ainda é constituída por serviços de atenção básica centrados no modelo médico-hegemônico centralizado na clínica e no indivíduo.

Esse é o modelo de saúde ainda vigente no contexto dos serviços de atenção básica. Assim, a proposta de consolidar a atenção básica pelo modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) requer que o processo de trabalho das equipes de atenção básica seja deslocado para a perspectiva dos sujeitos, famílias e coletividades e seja organizado pelos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, humanização, trabalho em equipe e relações de vínculo terapêutico entre usuários e profissionais de saúde (CARRAPATO, 2011).

A avaliação da adequação da Atenção Básica com enfoque no processo de trabalho das equipes de saúde poderá servir de subsídio para um melhor dimensionamento de ações e serviços em saúde. Poderá potencializar a forma como o trabalho em equipe se articula na saúde e a forma como se traduz na prestação do cuidado à população. Essa pesquisa também poderá contribuir com as autoridades sanitárias, os profissionais de saúde, a sociedade, o meio acadêmico e, em especial, os usuários, que poderão exigir qualidade no atendimento integral à sua saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde do Brasil através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar agrupamentos de equipes de saúde brasileiras segundo a adequação do processo de trabalho na atenção básica;
- Analisar a adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica segundo características demográficas, indicador socioeconômico e de saúde dos municípios do Brasil.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A avaliação dos serviços e programas de saúde vem ganhando evidência como campo de conhecimento ao longo do tempo. A avaliação se faz necessária nas conjunturas atuais como um instrumento de valor para promover a melhoria na qualidade dos serviços de saúde, uma vez que as necessidades dos usuários são cada vez mais exigentes.

A avaliação em saúde é uma atividade caracterizada como “velha”. Hoje é também um conceito que está em moda, com contornos vagos, e que agrupa realidades múltiplas e diversas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). As definições de avaliação são diversas, pode-se dizer até que cada avaliador constrói seu próprio conceito sobre ela.

Hartz (1997) refere que a avaliação no campo da saúde no contexto mundial tem demandado uma abordagem integradora entre as diversas áreas do conhecimento. Entre essas áreas estão a economia, a epidemiologia, bem como as ciências sociais. Essa interlocução é demandada não só para demonstrar a efetividade e os resultados das intervenções, mas também melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades de um público cada vez mais exigente.

Contandriopoulos (1997) define avaliação como um ato de fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Essa definição de avaliação permite distintos significados e percepções. Compreende-se a avaliação como intervenção capaz de envolver recursos e atores em torno de uma determinada finalidade, como um sistema organizado de ação. Assim como também permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Essas três áreas estão interligadas, mas não se sobrepõem. A avaliação se distingue da pesquisa por seu caráter normativo, além de visar medir os efeitos de uma intervenção e perceber como foram obtidos. Também é capaz de julgá-la. É nessa área que as instâncias de decisão, de posse dos resultados da avaliação elaboram seus

julgamentos, expressam seus valores e manifestam suas intenções estratégicas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Buscando compreender os aspectos históricos e conceituais da avaliação, Guba & Licon (1989), citado por Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), apontam que há registro de avaliação na China há quatro mil anos. Nessa mesma época, os chineses utilizavam métodos de avaliação informais para recrutamento de funcionários.

A história moderna da avaliação sistemática das intervenções sociais começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França. Ela surge com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de arrimo ao pensamento científico moderno, acarretando a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). No entanto, a avaliação se instituiu como uma prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Grande Guerra Mundial.

Os Estados Unidos foram os pioneiros na produção de pesquisas em avaliação na década de 1920 e 1930, com ênfase na avaliação hospitalar (acreditação). Na década de 1960, motivada pela Política de Bem-Estar Social, a demanda em relação à avaliação estava voltada aos programas implantados na época (NOVAES, 2000; FURTADO et al., 2006).

Em contrapartida em meados das décadas de 50 e 60, os países centrais realizaram a prática avaliativa com foco sobre os efeitos do processo assistencial sobre a saúde e/ou doença dos usuários, impacto sobre a saúde da população e desempenho dos sistemas e programas de saúde. As avaliações passaram a ganhar força nos países da Austrália e Canadá na década de 80 e 90 (NOVAES, 2000; FURTADO et al., 2006).

A avaliação surge nesse contexto como um mecanismo que objetivava o acompanhamento das políticas públicas de saúde implementadas na época (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). O enfoque da avaliação, então, poderia ser dirigido a um profissional - originalmente médico, mas podendo ser enfermeiro ou outro profissional - a um diagnóstico, uma conduta ou situação (AZEVEDO, 1991). Os esforços de avaliação de serviços aos quais os Estados Unidos foram pioneiros eram voltados inicial e exclusivamente para o trabalho médico, em uma avaliação por pares e em um contexto predominantemente qualitativo, subjetivo e pouco estruturado.

Assim, a avaliação se consolidou como uma prática de intervenção política do Estado. Essa intervenção se dava nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais, e se definiu como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhe dessem sustentação e credibilidade.

Nos últimos tempos, o campo se expandiu e passou por muitas transformações. Ele incorporou influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e o direito. Com isso, se configurou em seu âmbito um conjunto diverso de tendências e de abordagens norteadoras advindas dessa diversidade (CRUZ, 2001).

A história da avaliação pode ser dividida em quatro gerações. Cada uma delas foi importante para o desenvolvimento e para as mudanças teórico-conceituais e políticas sobre o estudo desse campo. Tais mudanças evidenciam uma polissemia de conceitos a partir dos distintos eixos teóricos que surgiram (GUBA; LINCOLN, 1989 *apud* DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A primeira geração ocorreu no período do Reformismo (1800-1900). Tinha como característica principal a medida, que tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de mensuração para avaliar os beneficiários de uma intervenção. As preocupações na época se preocupavam em saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoravam as condições de vida dos indivíduos e da sociedade (DUBOIS; CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

A segunda geração (1930-1960), conhecida como a “idade da inocência”, foi centrada na descrição da intervenção. Ela marca o surgimento da avaliação de programas (avaliação normativa) (DUBOIS; CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

A terceira geração é demarcada por dois períodos: o de Expansão (1960-1973) e o de Profissionalismo e Institucionalização da avaliação (1973-1990). Ambos os períodos foram apoiados no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões. Alguns pontos relevantes dessa geração foram: 1. Surgimento de novos métodos de avaliação; 2. Início da institucionalização da avaliação; 3. Profissionalização das práticas de avaliação; 4. Abrangência dos aspectos econômicos dos programas de saúde, entre outros (DUBOIS; CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

Por fim, os autores trazem a quarta geração (1980 - atual). É uma geração que se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação. O

processo avaliativo passa a ser compreendido não somente como uma atividade técnica, mas também como prática e, sobretudo, uma prática emancipatória.

A partir do que os autores sistematizaram, o entendimento é de que essas gerações não são excludentes, mas complementares. Considera-se, assim, a necessidade de uso dessas diferentes etapas em diferentes processos avaliativos.

A pesquisa avaliativa no arcabouço internacional e nacional com foco na organização dos serviços é centrada na satisfação dos usuários. Embora esse tipo de avaliação venha se demonstrando limitado, a satisfação dos usuários tem ocupado um lugar cada vez mais importante na avaliação da qualidade dos serviços (GIOVANELLA et al., 2013; BUTELLI, 2011; RADIGONDA et al., 2011; FERRAZ et al., 2014; KEMPFER et al., 2012.).

Partindo do exposto, pode-se inferir a necessidade de pesquisas avaliativas sobre o ponto de vista dos profissionais de saúde. A percepção do profissional permite diagnosticar as características do serviço, segundo a ótica dos próprios envolvidos na oferta do cuidado, a organização do serviço e o processo de trabalho para melhor direcionar suas estratégias e ações.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade da assistência à saúde tem sido determinada historicamente por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência e a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos de maneira eficiente, ao mesmo tempo em que mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (BRASIL, 2007a).

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e se tornou hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Essa exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial (RIGHI, 2009).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é um desafio aos gestores, técnicos e todos os profissionais que apresentam capacidades, quando bem geridas, para

originar produtos aptos a satisfazer as necessidades dos seus utilizadores (PISCO, 2006).

Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida por aqueles que ofereciam os serviços, os profissionais de saúde. A partir da década de 1990, o setor da saúde voltou-se para a qualidade de forma mais ampla, considerando tanto a satisfação dos usuários quanto a disposição e a organização dos serviços como elementos importantes desse processo (URDAN, 2001). Independentemente das percepções dos usuários, é evidente que a busca pela “qualidade” dos serviços não se difere. Observa-se que os usuários estão cada vez mais exigentes, menos tolerantes, desejam acesso a profissionais, procedimentos e exames de efeitos imediatos. Assim, o conceito de qualidade hoje está mais próximo do que os clientes julgam que seja do que o definido pela visão do gestor ou do profissional sobre o serviço (SAVASSI, 2012).

O conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e abordagens diferenciadas. Vários autores utilizam significados distintos para um conceito complexo e polissêmico. Essa complexidade de sentidos é definida pela variedade de atores que agem no âmbito dos serviços de saúde e pela diversidade de pontos de vista (pacientes, cidadãos, profissionais de saúde, gestores, planejadores das políticas de saúde, etc.) (SERAPIONI, 1999).

Para Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços se encontra na subjetividade e na dificuldade em estabelecer o que é qualidade. Essa dificuldade se dá porque os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, essa diferença implica até mesmo um “estado de espírito do cliente” no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Righi, Schmidt e Venturin (2010), também afirmam que o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz. Embora o usuário e o profissional ocupem posições diferentes nos serviços, ambos contribuem para que os mesmos sejam executados. É importante compreender como os principais atores do processo percebem a qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos, visando identificar e analisar distintas percepções, para que posteriormente sejam alinhadas em conformidade com a satisfação das necessidades de ambos.

Starfield (2002) afirma que o termo qualidade também tem sido usado em um sentido amplo. Abrange desde a satisfação com os serviços aos custos da atenção, da qualificação de pessoal dos serviços de saúde à segurança, aparência agradável ou a adequação dos equipamentos nas unidades de saúde que contribuem para a prestação dos serviços.

Donabedian (1990) define a qualidade por meio da avaliação dos sete “pilares da qualidade”. São eles: eficácia (*efficacy*), efetividade (*effectiveness*), eficiência (*efficiency*), otimização (*optimality*), aceitabilidade (*acceptability*), legitimidade (*legitimacy*) e equidade (*equity*).

Dos sete pilares, seis podem ser explicados na forma de atributos de qualidade. O primeiro diz respeito à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo atributo trouxe a ideia de eficiência, que consiste na diminuição de custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas. O terceiro remete ao equilíbrio entre os custos e efeitos dos cuidados na assistência. O quarto incide na aceitabilidade do serviço conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O quinto atributo propõe a conformidade com os conceitos sociais expressos em princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis. E por fim, a equidade na assistência à saúde apresenta-se como o último atributo (DONABEDIAN, 1990; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Deste modo para que a qualidade da assistência seja ofertada pelos serviços de saúde, é imprescindível que todos esses requisitos sejam necessários e contribuintes para o alcance desta finalidade.

4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, os estudos que avaliam o processo de trabalho na atenção básica e o desempenho dos sistemas e serviços de saúde são escassos (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Entretanto, os estudos existentes priorizam causas específicas e focadas na heterogeneidade das situações a serem avaliadas. Apesar dessas iniciativas de caráter mais abrangente, a experiência na área de monitoramento e avaliação no SUS ainda é incipiente (SANTOS-FILHO, 2007).

Felisberto (2006) aponta que várias pesquisas acadêmicas vêm sendo realizadas com vistas à avaliação de serviços de saúde. Há até o reconhecimento pelo

Ministério da Saúde da real necessidade de subsidiar pesquisas avaliativas para determinar a elaboração de políticas e programas de saúde e a propagação dos resultados, propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde.

Essa institucionalização pode ser entendida como a incorporação pelos gestores e profissionais de saúde dos processos avaliativos nas ações e atividades dos serviços de saúde. Interpretação que vai além da prestação de conta dos resultados (produção) aos agentes formuladores das políticas e dos programas de saúde (FELISBERTO, 2006).

A avaliação em saúde no Brasil somente começou a ser um objeto de interesse na década de 1980. No entanto, a avaliação em saúde já estava inserida em vários momentos históricos, tanto no encene da Saúde Pública institucionalizada quanto nos momentos que antecederam a implementação do Sistema Único de Saúde (REIS et al., 1990).

Instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Declaração de Alma-Ata representa o começo para o estímulo à utilização de práticas avaliativas. Dois fatores influenciaram o interesse do país quanto às práticas avaliativas de políticas e programas de saúde. O primeiro relacionado ao autoritarismo do Estado no início dos anos de 1980, tendo como posicionamento contrário submeter às políticas sociais aos processos avaliativos. O segundo fator estava associado à baixa capacidade da população brasileira em reivindicar transparências e melhores implementações de programas e serviços de saúde (FURTADO; SILVA, 2014).

Embora deva fazer parte do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de governo (Federal, Municipal, Estadual), a avaliação de sistemas, programas e serviços de saúde tem se tornado um grande desafio. Magluta (2013) refuta que a necessidade de criar uma cultura de avaliação em todo SUS é decorrente da urgência de descobrir para transformar (ou manter) acesso, qualidade, acolhimento, linhas de cuidado, relações de trabalho, gestão e financiamento.

A avaliação em saúde vem se configurando de maneira pouco sistemática e sistematizada, decorrente de processos prescritivos e/ou burocráticos. Esse caráter não contribui com a tomada de decisões nem muito menos com a formação de profissionais, o que acaba por culminar com a necessidade de maiores investimentos técnicos e políticos na saúde (BRASIL, 2005a).

O processo avaliativo em saúde vem fazendo parte das preocupações de gestores tanto do setor público quanto do setor privado. No setor público, pela atuação

da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas, sendo constatando certo recuo nas questões referentes às propostas de gestão, de garantia da qualidade, de sistemas de acreditação e de monitoramento, questões estas vistas com maior interesse pelo setor privado, apresentando uma deficiência na institucionalização de práticas de avaliação no setor público (NOVAES, 2000).

A discussão do processo de avaliação representa incentivo de mudança e/ou ruptura de paradigma nos métodos da avaliação de programas e serviços de saúde. Isso se dá por meio da possibilidade de utilizar um caráter qualitativo de avaliação em relação à participação dos atores, da ruptura de dicotomia entre os que avaliam e os que são avaliados (projeto/objeto) e da superação da externalidade do processo de avaliação em relação ao cotidiano do trabalho como os modelos sustentados pela ideia de verdade absoluta (MAGLUTA, 2013).

A revisão da literatura para esse projeto identificou o trabalho de revisão sistemática de Protasio, Machado e Valença (2015). Esse trabalho identificou por meio da produção bibliográfica de 47 artigos que 38,1% das pesquisas avaliaram programas, principalmente os referentes à Estratégia Saúde da Família, assim como aqueles relacionados ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Programa de Hanseníase e Programa de Controle da Asma.

O estudo bibliográfico de Santos et al. (2012) sobre as tendências da Avaliação em Saúde no Brasil no período de 2000 a 2009 demonstra que os estudos sobre a avaliação de programas e serviços de saúde no contexto brasileiro foram ganhando visibilidade a partir do ano de 2009. Identificou também que 48% dos artigos pesquisados abordaram sobre programas e projetos desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica, com enfoque na Estratégia Saúde da Família, destacando a acessibilidade, a efetividade, satisfação dos usuários, monitoramento das ações, além da avaliação da estratégia entre municípios brasileiros.

Traçando um panorama sobre o uso de ferramentas de avaliação no contexto brasileiro, uma das primeiras iniciativas foi o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), desenvolvido a partir de 1998. O Programa caracterizou-se por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos

gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2004).

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta destes resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC/SAS/MS, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o escopo do PNASH. Essa ampliação possibilitou a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada, dando origem ao Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2007a).

Em meio a esse percurso, outras experiências avaliativas foram sendo utilizadas no âmbito da atenção básica, como as ferramentas utilizadas no Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) entre os anos de 2005 e 2006. (SAVASSI, 2012). O PROESF buscava a reformulação da AB por meio do PSF. Inicialmente direcionado a municípios com mais de 100 mil habitantes, financiava a melhoria da infraestrutura dos serviços, a capacitação dos recursos humanos e a avaliação do PSF como um requisito obrigatório (FACHINNI et al., 2006b).

Uma das ferramentas do PROESF é a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) (BRASIL, 2005b). A AMQ foi desenvolvida especificamente para a Atenção Básica, com foco na autonomia de gestão do processo de trabalho pelas equipes, através de parâmetros inclusos em cinco instrumentos de autoavaliação. Lançado em 2005, a lógica do AMQ envolvia uma série de parâmetros analisados em um momento inicial (chamado AMQ-zero), em que a equipe se classificava e, a partir disso, trabalhava para conseguir subir pelo menos um nível nos parâmetros em questão até a avaliação subsequente (AMQ-1) (SAVASSI, 2012).

Em 2006 foi lançado o *software* Programação da Atenção Básica (Prograb). Trata-se de um instrumento de planejamento voltado para a organização da agenda de trabalho dos profissionais de saúde que continha parâmetros de atividades das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Em 2010 foi lançada uma iniciativa mais recente de avaliação da Atenção Primária, também apoiada pelo Ministério da Saúde, adaptada a uma versão brasileira denominada de PCA-Tool (Primary Care Assessment Tool), em língua portuguesa chamado de Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária. Apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

Esse instrumento apresenta parâmetros universais de avaliação. Focado na comunidade, nos pacientes e nos profissionais de saúde, é um instrumento que avalia as características nucleares da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além de oferecer informações acerca dos aspectos derivativos da Atenção Primária: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Apesar dos esforços em adaptar o PCATool à realidade brasileira, ele não foi amplamente utilizado no Brasil (MOTA; DAVID, 2015).

Por fim, em 2011, com a mudança na direção do Ministério da Saúde, uma nova proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde surge com o advento de uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Surge o chamado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (SAVASSI, 2012).

4.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A preocupação com a qualidade dos serviços e elevação dos gastos com a saúde representaram um marco de influência nos debates da I Conferência Internacional de Alma-Ata realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A declaração afirmou um pacto entre 134 países defendendo a Atenção Primária a Saúde (APS) como modelo de reorganização da assistência, sendo no Brasil denominada de cuidados primários à saúde. Um dos focos de articulação era definir novos rumos das políticas públicas de saúde, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (UNICEF, 1979).

Assim a OMS passou a compreender e divulgar os cuidados primários à saúde como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2002, p.3).

A declaração descreve as seguintes ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Esse movimento de caráter internacional acirrado em meio à crise monetária internacional buscava a reformulação das políticas públicas de saúde no mundo. Essas políticas então eram influenciadas pelo modelo biomédico hegemônico, responsável pelos gastos exorbitantes e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população (VIANA; POZ, 2005).

Apesar das recomendações propostas no relatório de Alma-Ata, e posteriormente nas Conferências de Ottawa em 1986 e de Adelaide em 1988, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde norteados pelos princípios da APS, embora a mesma tenha sido referência fundamental para os governantes de todo o mundo (CAMPOS, 2006; CONILL, 2008).

Desta forma os países como Canadá, Nova Zelândia, Espanha deram início à elaboração de estratégias que pudessem reestruturar os setores e organização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007b).

As primeiras experiências propriamente ditas antecederam a Conferência de Alma-Ata, desenvolvidas em 1960 no contexto dos programas dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às faculdades de medicina. O referencial proposto pela Alma-Ata inspirou no Brasil as maiores expressões de experiências de implantação dos serviços de saúde municipais, no final da década de 1970 e início da década de 1980, além de trazer aportes conceituais de referência para eles (FAUSTO, 2005).

Viana e Poz (2005) distinguem dois tipos de reestruturação dos sistemas de saúde, o big bang e o incremental. As reformas do tipo big bang são aquelas que promovem mudanças rápidas, pontuais e significativas para o funcionamento dos serviços de saúde. Já as incrementais são contrárias, pois propõem apenas pequenas modificações sucessivas, de baixo impacto e a médio, longo prazo. Neste caso a reforma brasileira da saúde (1988) pode ser considerada do tipo big bang, uma vez que introduziu mudanças significativas na operacionalização do sistema. E essa reforma de assistência pública se constituiu de fato com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se dizer que no Brasil ao longo do tempo, com o desenvolvimento do SUS, a APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária. Isso levou o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (AB), em meados de 1990, para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) por vezes são consideradas na literatura brasileira como sinônimos. No entanto, ambas são compreendidas sobre diversos pontos de vista, com aplicabilidades diferentes. Essa diversidade de conceitos pode ser explicada pela trajetória histórica com que esses conceitos foram sendo empregados.

Era preciso esclarecer essa sinonímia dos conceitos de APS e AB, por meio de uma pesquisa bibliográfica dos principais documentos normativos do SUS e dos relatórios finais da 7ª a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Foi o que fez Gil (2006), que identificou que alguns autores utilizam as expressões *atenção primária à saúde* e *atenção básica à saúde* como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Parte dos artigos se refere à atenção primária à saúde enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento. Identificou-se também o predomínio da concepção de Atenção Primária à Saúde no contexto de saúde brasileiro.

Embora a expressão “Atenção Básica” tenha sido oficializada pelo governo brasileiro, conforme observado nos documentos ministeriais e secretarias, os mesmos documentos demonstram incertezas sobre qual terminologia é mais adequada. Isso pode ser observado nas Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e na Nota técnica 06/2006, editada pelo Conass intitulada “Para entender o Pacto

pela Saúde 2006 – Volume I”, sendo empregado nesse último a expressão “atenção primária à saúde” (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Embora uns entendam “atenção básica”, vindo de base, fundamental, e não de básico, simples, outros interpretam “atenção primária” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar. Essa questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais (MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009).

Segundo Castanheira et al. (2011), a definição de AB e APS pelo SUS expressa duas vertentes. A primeira vinculada à organização do trabalho quando se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário, e a outra relativa à relação que estabelece com o sistema, quando se refere a seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde (mas também com outros setores de políticas sociais) e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde.

Starfield (2002) compreende o universo de conceitos e interpretações sobre a atenção básica como não excludentes. As mais variadas conceituações podem ser aplicáveis em um mesmo contexto. Diante deste universo a AB pode ser definida como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...]. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...]. Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...]. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde [...] (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003, p.860).

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária à saúde será de qualidade quando forem respeitados os seis atributos da APS, classificados como atributos essenciais. São eles: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Entende-se por acesso de primeiro contato a porta de entrada ao serviço de saúde quando população identifica aquele serviço como o primeiro a ser recorrido em

situações de necessidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A longitudinalidade por sua vez é caracterizada pelo vínculo interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, sendo esse último capaz de reduzir ou minimizar o encaminhamento desnecessário dos indivíduos a outros níveis de complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A integralidade possui múltiplos sentidos, podendo ser caracterizada como a existência de rede de serviços hierarquizada, descentralizada, com distintos níveis de complexidade capazes de atender as necessidades dos indivíduos (STARFIELD, 2002). A coordenação do cuidado é definida como a articulação entre os serviços de saúde de modo sincronizado e articulado com a finalidade de garantir um cuidado contínuo do indivíduo em qualquer ponto da rede de assistência (MENDES, 2009). A orientação familiar e comunitária corresponde ao reconhecimento da família como sujeito de atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde. A orientação comunitária trata do reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto sociocultural, econômico e cultural (STARFIELD, 2002). A competência cultural se refere à adaptação dos profissionais de saúde em manter relações com a população de acordo com suas características culturais (STARFIELD, 2002).

Diante da importância em compreendermos a multiplicidade de conceitos ideológicos, acreditamos ser necessário realizar um traçado histórico da aplicabilidade dos conceitos de atenção básica. Ibañez et al. (2006) afirmam que buscar o significado da atenção primária, aqui compreendida como atenção básica, exige um resgate histórico e político de sua conformação. Isso nos permite capturar sua representação à luz dos diferentes atores sociais, seus interesses e finalidades, em diferentes contextos e épocas.

A ideia de atenção primária a saúde foi utilizada pela primeira vez em 1920. Surge com a publicação do Relatório Dawson, elaborado pelo então ministro da saúde inglês Lord Dawson of Penn, com a proposta de organizar os sistemas de saúde. Esse documento buscou contrapor ao modelo flexneriano americano, caracterizado pela assistência curativa e centrada no reducionismo biológico e no individualismo. Ele passou a constituir um marco de referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (SUMAR & FAUSTO, 2014).

O relatório propunha organizar o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços hospitalares ficariam responsáveis pelos cuidados gerais, de “baixa complexidade”, sob a responsabilidade de médicos clínico-gerais. Já os casos em que fosse necessitado um cuidado mais especializado seriam encaminhados aos centros de atenção secundária ou para os hospitais onde houvesse uma equipe de especialistas destinada à realização de procedimentos cirúrgicos e internação hospitalar (FAUSTO, 2005).

Dessa maneira, o sistema inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo. Definiu duas características essenciais da Atenção Primária à Saúde: regionalização e a integralidade. A partir da Alma-Ata, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em vários países nas décadas de 1980 e 1990 (SCOREL, 1998).

Muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, preferiram adotar a APS em uma perspectiva focalizada. A APS aqui é compreendida como um conjunto de ações de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

No Brasil algumas experiências de APS foram instituídas no início do século XX, através de (FALK, 2010):

1. Centros de saúde (1924): realizavam ações preventivas e curativas, além de educação sanitária. Nessa mesma época, podemos destacar outras experiências: o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros que serviram de base para programas de extensão de cobertura.

2. Serviço Especial de Saúde Pública (1940): realizava ações curativas e preventivas restritas às doenças infecciosas.

3. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) (década de 70): Permitia acesso à saúde da população excluída, caracterizando-se

como uma política focalizada e de baixa resolatividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

4. Ações Integradas de Saúde (AIS) (década de 80): surgiram como proposta de rompimento do modelo médico-previdenciário, visando ao fortalecimento de um sistema unificado. As AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS e sua regulamentação (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS se desenvolveu a partir dos princípios do SUS, principalmente os da universalidade, da descentralização, da integralidade e da participação popular.

A partir de então se instituiu no Brasil a denominação de Atenção Básica para contrapor-se ao conceito assumido por outros países e organismos internacionais como o Banco Mundial. Esses países e organismos compreendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade destinada ao atendimento de pobres. Dessa forma com a designação adotada pelo governo brasileiro, busca-se resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (CONASS, 2011).

Neste estudo utilizaremos *atenção básica* e *atenção primária* como equivalentes. Daremos maior ênfase à expressão *atenção básica*, uma vez que veio se configurando como modelo de reorientação do modelo assistencial desde 1996, amplamente expresso no meio acadêmico e governamental, compreendendo que a *atenção primária* é a expressão explorada internacionalmente e *atenção básica* uma concepção da política de saúde brasileira.

4.4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

Posteriormente no cenário brasileiro novas políticas e/ou programas foram surgindo em resposta às necessidades do sistema de regulamentar a AB como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 1997). É nesse contexto que surge em 1991 o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Programa surge com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema e de incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, além de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (BRASIL, 1997). O PACS tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, além de ser precursor de importantes programas de saúde, dentre eles o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001).

Por meio da experiência exitosa do PACS no Ceará, o Ministério da Saúde percebeu a importância do enfoque da família como unidade de ação e não somente do foco individual centrado na doença. Foi introduzindo com a experiência uma nova visão no processo de intervenção em saúde, por meio da qual a população não é esperada para ser atendida no serviço, mas recebe ações de caráter preventivo a partir de um novo modelo de atenção instituído em 1994, chamado de Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (ROSA & LABATE, 2005).

O PSF pode ser definido como:

Um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p.05.).

Embora o PSF tenha sido concebido como programa, ele foge às especificidades dessa concepção. Isso se dá porque já que não é considerado apenas uma intervenção paralela às atividades dos serviços de saúde, mas como uma estratégia de promover a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (BRASIL, 2000).

O modelo da ESF preconiza que a família seja o centro do cuidado. A família precisa ser entendida a partir do meio em que vive e das relações ali produzidas, com o objetivo de torná-la autônoma e independente a partir da compreensão de seus aspectos sociais, culturais, sanitários, econômicos, funcionais e organizacionais (SILVA, GIOVANELLA, MAINBUORG 2014).

As características principais do modelo são de um trabalho coletivo, em equipe, de caráter multiprofissional, com definição de território, população adscrita, cadastramento e acompanhamento da população da área de abrangência (ESCOREL et al., 2007).

Os principais objetivos da ESF são:

[...] reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (FARIA et al., 2010, p.40).

O modelo preconiza a operacionalização a partir da implantação de equipes de saúde da família de caráter multiprofissional. Essa equipe é constituída por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A equipe será responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL 2012a).

A unidade de saúde passa a ser constituída como a porta aberta dos usuários ao sistema de saúde e como primeiro nível de atenção. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al., 2007).

Ao mesmo tempo em que a ESF foi se concretizando como modelo assistencial tem sido possível identificar progressos, fragilidades e limitações em seu âmbito. Segundo Faria et al. (2010), a expansão da ESF no território brasileiro não se deu de maneira uniforme, nem com muita clareza pelos gestores quanto ao seu papel na gestão das ações e serviços locais de saúde. Inicialmente esse processo foi direcionado aos municípios de pequeno porte, em áreas desassistidas com pouca ou nenhuma capacidade instalada. Posteriormente essa expansão foi acontecendo nos municípios de grande porte, onde veio acompanhada de importantes entraves e dificuldades associadas às questões de densidade demográfica e aglomeração urbana (HENRIQUE; CALVO, 2009; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Apesar das diferenças de acesso e cobertura nas distintas áreas geográficas brasileiras, estudos comprovam melhorias significativas na saúde e bem-estar das populações com a expansão da ESF em países orientados pelo modelo da Atenção Básica. Dentre essas melhorias estão a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações as condições

sensíveis à atenção primária à saúde, a redução da desnutrição infantil, a detecção precoce de cânceres de cólon-retal, mama/cervical e melanomas, além de maior expectativa de vida. (RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

Diante das dificuldades em consolidar a AB a partir da ESF, faz-se necessário flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento. Além disso, faz-se necessário conscientizar os profissionais de saúde e as instituições de ensino formadoras para o aprimoramento de conhecimentos sobre abordagem familiar, para o trabalho em equipe, para a assistência humanizada. É importante, também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria. (ROSA & LABATE, 2005).

Com o objetivo de superar as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS. A ideia é dar ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006d).

Pouco tempo depois, no ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Ela vem a termo por meio da Portaria nº 648/GM/2006, cuja estratégia prioritária era a expansão e consolidação da AB no país, com foco na qualificação da Estratégia Saúde da Família, bem como de outras estratégias de organização da atenção (BRASIL, 2006e).

4.4.2 Política Nacional da Atenção Básica

Em 2006, o Pacto pela Vida propunha como prioridade a reorganização dos serviços por meio da consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à Saúde (BRASIL, 2006e).

Considerando essa prioridade como necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao seu pleno desenvolvimento, a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e a necessidade de adequar as normas do PSF em detrimento as experiências acumuladas em estados e municípios, o ministro de estado da saúde aprova a Portaria nº 648/GM em 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006f).

Essa portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A mesma portaria define a Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006d, p.10).

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Observa-se que o SUS, na atual conjuntura, caracteriza-se como um sistema de saúde fragmentado. Isso dificulta o acesso dos usuários aos serviços, com descontinuidade da assistência e comprometimento da integralidade (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Rocha et al. (2008) apontam como problemas aspectos referentes à organização e da gestão do sistema. Entre eles, as dificuldades para referenciar usuários a partir da atenção básica, a pouca institucionalidade dos processos de planejamento e programação e do uso de sistemas de informação; a sobrecarga das equipes de PSF; a insuficiência de oferta de atenção especializada, produzindo filas de espera; a fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico;

desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

Com vistas à promoção da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, em 2011 editou-se a Portaria de Nº. 2.488, de 21 de outubro, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012a).

A nova PNAB reformulou conceitos e introduziu elementos novos. Entre eles as Redes de Atenção a Saúde, outros modelos de equipes para a abrangência de populações brasileiras diversificadas (equipes de consultório de rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense-equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Equipes Básicas de Saúde Fluviais), Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011a).

A nova PNAB reafirma que a Atenção Básica deve ser:

O contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012a. p.19-20).

Além do mais, a nova PNAB também incorporou a flexibilização de carga horária dos médicos nas equipes de Saúde da Família. Cada equipe poderá ter um ou mais médicos, com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas, assim como também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a presença de profissionais de saúde bucal das equipes de Saúde da Família nas equipes de agentes comunitários.

No mesmo ano em que foi regulamentada a nova PNAB, o Ministério da Saúde lança mão da Portaria de Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, em que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010b).

4.4.3 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Em um sistema de saúde marcado por intensa fragmentação do cuidado, tendo que se deparar com o perfil epidemiológico da tripla carga de doenças (infecciosas, parasitárias, desnutrição), com alta taxa de mortalidade por causas externas e reprodutivas, agudização de doenças crônicas e fatores condicionantes ao desenvolvimento de doenças crônicas, a instituição das RAS para a integração de serviços e ações de saúde foi uma estratégia necessária para dar conta de importantes desafios sanitários no contexto de saúde brasileiro (MENDES, 2009).

Até então o modelo de saúde vigente ainda era fundamentado na assistência médica-curativa. Esse modelo era insuficiente para lidar com os novos desafios sanitários. A necessidade de organizar o sistema de saúde era uma demanda cada vez mais emergente. Nessa conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

A Portaria N° 4.279 de 2010 define seis características principais das RAS (BRASIL 2010b):

1. **Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção:** essa característica pressupõe que todos os pontos de atenção da rede possuem o mesmo nível de importância, a exemplo de um pronto-socorro e um centro de especialidades que desempenham papéis específicos e importantes;
2. **Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação:** embora a organização da rede seja por uma relação horizontal, não hierárquica, a APS se coloca como a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, é responsável por coordenar e caminhar os usuários a outros pontos de atenção e garantir o vínculo com os usuários dando continuidade ao cuidado mesmo que esteja sendo assistidos em outros pontos de atenção;
3. **Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica:** as ações, serviços e programações em saúde devem se basear no diagnóstico da população de um território adscrito à equipe de saúde, considerando os fatores e determinantes da saúde dessa população;
4. **Ofertar atenção contínua e integral:** os serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de ofertar atenção integral aos usuários conseguindo solucionar até 80% dos problemas de saúde demandados pela APS, sendo os outros 20% seguem um fluxo de acordo com a densidade tecnológica do tratamento em cada nível de atenção;

5. **Cuidado multiprofissional:** faz-se necessário a conformação multiprofissional das equipes de saúde na medida em que os problemas de saúde são complexos e multicausais, necessitando de diferentes olhares profissionais;

6. **Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos:** a missão de uma equipe de saúde de contemplar objetivos sanitários e objetivos econômicos.

É nesse contexto de reorganizar as práticas em saúde do sistema que se coloca a APS como centro de comunicação das RAS. Essa centralidade coloca uma necessidade da organização das equipes de atenção básica de forma multiprofissional com um processo de trabalho interdisciplinar, de forma promovam a territorialização, adscrição da clientela, acolhimento, vínculo, responsabilização, integralidade e a resolutividade da atenção (MENDES, 2010).

4.5 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

4.5.1 Aspectos gerais sobre o processo de trabalho na saúde

O conceito do processo de trabalho em saúde teve origem nas discussões da prática médica em meados da década de 1980. Esses estudos impulsionaram vários desdobramentos na área médica e nas demais áreas profissionais, sobretudo no Brasil. A partir da análise do processo de trabalho médico, Gonçalves (1992) formulou o conceito de processo de trabalho em saúde.

À luz da teoria marxista do trabalho no campo da saúde, a atividade humana, no processo de trabalho, atua transformando o objeto sobre o qual opera por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos. Essa transformação está subordinada a um determinado fim (MARX, 2004). De acordo com Gonçalves (1992), os três elementos que compõem o processo de trabalho são a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), o objeto de trabalho (a matéria a que se aplica o trabalho) e os instrumentos ou meios do trabalho.

O conceito de processo de trabalho diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde. Concerne à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que nesse processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é

a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2005).

O processo de trabalho também pode ser compreendido tanto como um conceito que se refere à base técnica quanto organizacional do próprio trabalho. O sentido técnico envolve os instrumentos e as forças de trabalho. Por outro lado, existe a dimensão do próprio serviço, fundamentando tanto nas relações interpessoais entre membros de uma equipe quanto às relações com os próprios usuários coparticipes do processo saúde-doença (CARRAPATO, 2011).

Entende-se por processo de trabalho as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. De outro modo, pode-se dizer que o trabalho é um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam por intermédio dos meios de produção sobre algum objeto para transformá-lo e obterem determinado produto.

As características do processo de trabalho podem ser percebidas por meio de seus componentes (FARIA et al., 2009):

1. **Finalidades ou Objetivos:** É em função da finalidade que o processo de trabalho é regido e onde são estabelecidos os parâmetros e/ou critérios para a realização do mesmo. O objetivo se refere à condição ou objeto produzido (produto). Com esse produto pretende-se responder a uma determinada necessidade ou expectativa humana. Observa-se na sociedade atual que a definição das finalidades está alheia aos trabalhadores, pertencente em grande massa aos grupos específicos de nível institucional elevado.

2. **Meios e Condições:** Abrangem aspectos como estrutura física para o trabalho, maquinário, ferramentas, conhecimentos e habilidades necessárias para o ofício e estruturas sociais.

3. **Objetos:** O objeto recebe a ação transformadora. Todo processo de trabalho se realiza sobre algum objeto. Esses objetos podem ser matérias-primas ou materiais ou ainda certos estados ou condições pessoais ou sociais

4. **Agente ou sujeito:** Os agentes ou sujeitos (indivíduos, grupos, instituições e/ou sociedade) são os que executam as ações, define os objetivos, as relações de adequação dos meios e as condições para a transformação dos objetos.

Segundo Gonçalves (1992), os componentes do processo de trabalho precisam ser analisados em conjunto de forma articulada e não individualizada. Somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

Nos processos de trabalho é fundamental considerar as tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde na produção do cuidado. De acordo com Merhy (2000) as tecnologias

em saúde podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve representa as relações entre profissionais e usuários, se produzindo no trabalho vivo (trabalho em ato) incluindo neste processo dispositivos de escuta, acolhimento, responsabilização etc. A tecnologia leve-dura abrange os saberes profissionais. A tecnologia dura engloba os equipamentos utilizados no cuidado.

Além do trabalho vivo, existe o trabalho morto, desenvolvido por máquinas e instrumentos. Sobre eles já foram aplicados determinados trabalhos anteriores, ou seja, eles já trazem uma carga de trabalho pregresso que lhes deu uma determinada forma ou função (MERHY, 2000).

Na atualidade o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos de diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, entre outros permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nessa dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

4.5.2 O trabalho em equipe

Acompanhadas pelo processo de mudança do conceito de saúde global e multicausal adotado pela Organização Mundial de Saúde em 1946, as práticas de saúde passaram a ser reorientadas no sentido da obtenção de estado global de saúde com a prevenção de doenças e recuperação integral do paciente. Dessa forma, a ideia de equipe de saúde é concebida considerando os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. Ao longo do tempo observou-se que a centralidade do trabalho era médica e em torno do médico se agrupavam outras categorias especializadas (PEDUZZI & CIAMPONE, 2005).

Logo, observou-se a necessidade de superar o modelo assistencial biomédico via articulação de novas dimensões da saúde. Foi então que um movimento de natureza política e de intervenções em saúde proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde formulou um projeto para o país com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular (CIAMPONE & PEDUZZI, 2000).

A introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégia de reorganização da atenção à saúde, destaca o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz

operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde (PEDUZZI & CIAMPONE, 2005).

À medida que o PSF veio se constituindo como modelo de atenção que busca contemplar as necessidades individuais e coletivas, propõem-se mudanças no objeto de atenção, no modo de organização dos serviços e na atuação profissional. Essa ampliação do objeto de atenção desloca-se para a família e coletividade, sendo necessária a atuação multiprofissional proposta no trabalho em equipe (CIAMPONE & PEDUZZI, 2000).

Peduzzi (1998, 2001) conceitua trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

O trabalho em equipe na perspectiva da pesquisa de Peduzzi (2001) é visto sob duas noções: a equipe como agrupamento de agentes, caracterizada pela justaposição de ações e agrupamento de profissionais e a equipe como integração de trabalhos, caracterizada pela articulação de ações e interação entre os profissionais (agentes) (Fig.01).

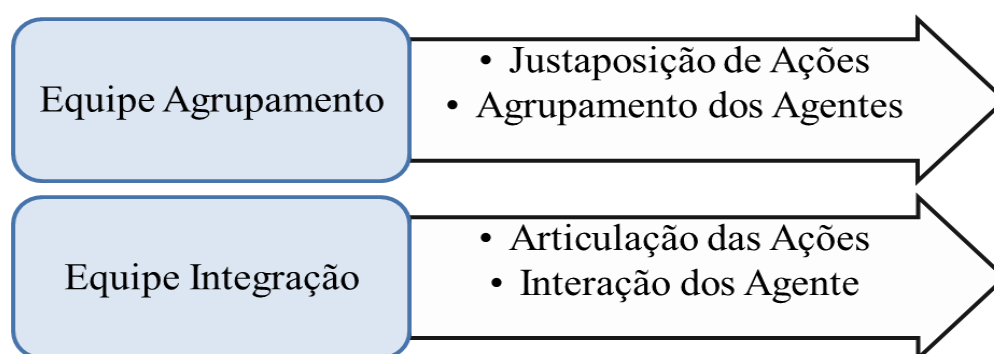


Fig.01: A tipologia do trabalho em equipe. Fonte: (PEDUZZI, 2001).

Em ambas as tipologias de trabalho, Peduzzi (2001) reconhece suas diversidades e singularidades. Entre elas, as diferenças técnicas de trabalhos especializados, hierarquização de ações, independência dos trabalhos, complementaridade, autonomia técnica entre outros.

Para os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe, Peduzzi (2001) cita a comunicação entre os profissionais como o denominador comum do trabalho em equipe. A comunicação é capaz de gerar interação produzindo um processo participativo da equipe em estabelecer metas, objetivos e propor projetos de intervenções comuns. Dessa forma a comunicação será um agir participativo e de intervenção. Outros elementos necessários para a identificação dos tipos de equipes são as diferenças técnicas e desigual valorização social dos

trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica (Fig. 02).

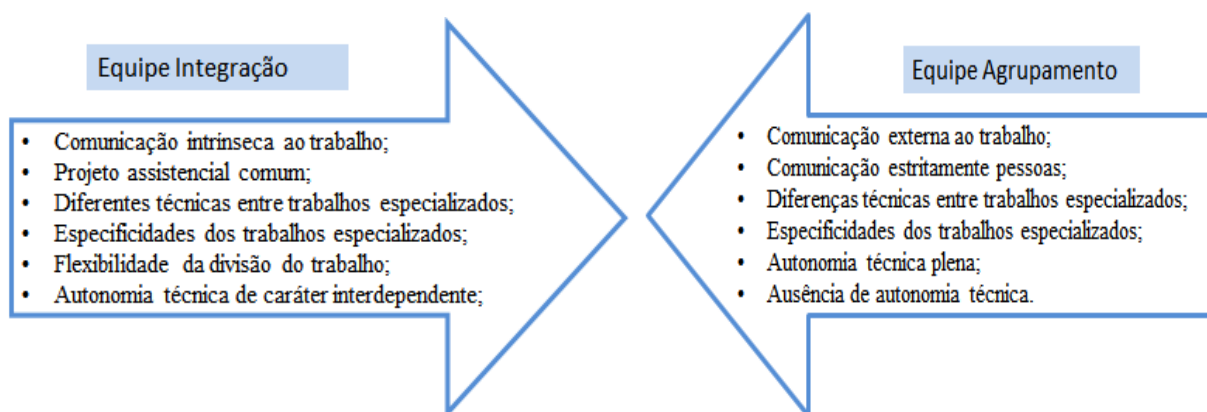


Fig.02: Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento. Fonte: Adaptado de (PEDUZZI, 2001).

Cabe aqui enfatizarmos as diferenças técnicas e as desigualdades entre os profissionais de uma equipe. As diferenças técnicas referem-se às especializações dos agentes. Já as desigualdades expressam as competências técnicas e sociais dos diferentes profissionais. Peduzzi (1998) elucida que nas relações de trabalho há subordinação entre os profissionais, mais precisamente pela incapacidade do sujeito de se posicionar na tomada de decisão.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos. As diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, na medida em que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Conforme na pesquisa de Peduzzi (2001), os profissionais de saúde reconhecem a importância de preservar as especificidades de cada especialidade o que implica manter as diferenças técnicas entre os agentes. Entretanto, reconhecem a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho.

A flexibilização da divisão do trabalho pode ser entendida como a execução de ações próprias das respectivas áreas profissionais. No entanto, com execução também de atividades comuns a todos os membros da equipe, como acolhimento, educação em saúde, grupos operativos, grupos educativos entre outros (PEDUZZI, 1998). Observa-se que a flexibilização é modalidade mais próxima da equipe integração, do trabalho em equipe multidisciplinar.

O trabalho em equipe integrado, segundo Ribeiro, Pires & Blank (2004), significa conectar distintos processos de trabalho, com certo conhecimento acerca do trabalho de outro profissional e valorizando a participação dele na equipe e na própria produção de cuidados. Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes da autonomia técnica.

É importante enfatizarmos que as discussões sobre o trabalho em equipe permeiam os conceitos da inter, multi e transdisciplinaridade. Há autores como Pombo (2008) que desmistificam os significados considerando a raiz das palavras “disciplina”, apontando a intensa flutuação de conceitos em volta do radical. Embora a diferença seja semântica e o objetivo deste trabalho não seja aprofundá-la, abordaremos resumidamente as definições conceituais para elucidar a compreensão do trabalho coletivo.

Almeida-Filho (2005) traz à tona a reflexão a cerca do desenvolvimento e uso dos conceitos:

1. **Multidisciplinaridade:** refere-se a um conjunto de disciplinas que tratam de uma determinada questão, sem que os profissionais estabeleçam relações entre si, ou seja, cada especialista faz suas próprias observações considerando seus saberes próprios sem estabelecer contato com aqueles diferentes do seu. Pode ser considerado um sistema de justaposição de disciplinas e ausência de cooperação entre os diversos campos disciplinares.
2. **Interdisciplinaridade:** trata-se de um conjunto integrado de disciplinas, onde há a superação das barreiras disciplinares. As relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma das disciplinas, onde atua como mediadora e integradora do campo disciplinar.
3. **Transdisciplinaridade:** consiste na criação de um campo novo a partir da integração de disciplinas de um campo específico. Neste tipo de equipe observa-se a horizontalização das relações de poder.

A partir da clarificação dos conceitos, que não se restringem apenas as denominações apresentadas neste estudo, é perceptível que a “interação” seja ela cooperativa ou não é o diferencial nas modalidades de trabalho em equipe.

4.5.3 O processo de trabalho na atenção básica

Na Atenção Básica, o processo de trabalho está voltado para comunidade e para grupos sociais específicos, necessitando para a sua operacionalização recursos de baixa densidade e de alta complexidade. Os recursos utilizados são de baixo custo e acrescentam instrumentos das tecnologias sociais (SOUZA; HAMANN, 2009).

Além dos recursos empregados nesse processo, para a aplicação do processo de trabalho na atenção básica deve ser compreendidos como partes do processo o trabalho coletivo, o acolhimento como estratégia reorganizadora, a escuta, a responsabilização, a humanização, a resolutividade, equipe multiprofissional, área adscrita, recursos materiais e humanos entre outros.

É importante salientar que o trabalho na atenção básica se fundamenta por equipes. As equipes atuam de forma multiprofissional com o intuito de superar o modelo biomédico-hegemônico, com enfoque na abordagem familiar e coletiva. Essas equipes multiprofissionais são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012a).

As equipes são constituídas por profissionais de saúde que por vezes trabalham por interesses próprios, favorecendo a formação de um ambiente de conflitos e disputa de interesses. Além do mais, o modo como a equipe opera é marcado pela constante divisão do trabalho, sejam por categorias ou especialidades. Como reflexo dessa divisão tem-se o prejuízo do trabalho em equipe e na oferta dos serviços de saúde à população (AGUIAR, 2007).

Outras dificuldades encontradas a respeito dos processos de trabalho das equipes da atenção básica são frutos do excesso de demandas de cuidado emergenciais, além dos entraves na pactuação de ações programáticas de prevenção e promoção da saúde, tendo em vista a procura dos usuários por atendimentos imediatos e resolutivos. Outros problemas que também interferem nos processos são as precárias condições de estrutura física das unidades, déficit de funcionários, trabalho compartimentalizado, falta de ferramentas de gestão capazes de avaliar o desempenho das equipes, despreparo dos profissionais em executar o planejamento de ações em saúde considerando os indicadores epidemiológicos e de saúde, construção de agendas não adequadas às prioridades, entre outros (ESPMG, 2010; CARRAPATO, 2011).

Segundo Faria et al. (2009), os modos como são desenvolvidos o trabalho de uma equipe na AB constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. É necessário que o trabalho seja realizado para que seja atingido um objetivo comum a partir do levantamento de problemas com o intuito de responder às necessidades previamente identificadas. É necessário que o planejamento de resposta a essas necessidades seja previamente discutido entre os gestores, profissionais e usuários, uma vez que a tomada de decisão seja em consonância aos princípios e diretrizes do SUS.

Considerando a necessidade de organizar os processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) o Ministério da Saúde lança mão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecendo normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica. Posteriormente a PNAB passar por atualizações, estabelecendo a revisão dos princípios e diretrizes da AB.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

I. Ter território de atuação e de população definidos sob responsabilidade das UBS e das equipes de saúde;

II. Programar e implementar as atividades de saúde de acordo com as necessidades da população, priorizando os critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Além do planejamento e organização da Agenda de Trabalho compartilhada de todos os profissionais, evitando-se a divisão da agenda por critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias;

III. Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV. Realizar acolhimento com classificação de risco, escuta qualificada, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V. Oferecer a atenção integral, contínua e organizada à população de área adscrita;

VI. Realizar atenção à saúde na UBS, domicílio, em locais do território como salões comunitários, escolas, creches, praças etc., e em outros espaços que comportem ação planejada;

VII. Desenvolver ações educativas estimulando o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VII. Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX. Participar do planejamento local de saúde, bem como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X. Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltadas para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI. Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII. Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

4.5.4 Estudos de avaliação do processo de trabalho na atenção básica

Estudos sobre a organização dos processos de trabalho das equipes na atenção básica revelam algumas fragilidades que inferem os princípios e diretrizes da PNAB bem como o modelo de reordenação proposto com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com a conversão de modelo do individual e curativo para o modelo assistencial centrado no indivíduo, na família e na coletividade, o trabalho em equipe multiprofissional se torna uma realidade exigida no contexto da atenção básica em saúde. A complexidade do cuidado passou a exigir a complementariedade profissional de outras categorias da saúde.

Nessa perspectiva do trabalho coletivo na atenção básica, diversos estudos têm demandado interesses cada vez maiores sobre o modo como se processa esse trabalho de integração entre os profissionais das equipes de atenção básica (MARQUI et al., 2010; FORTUNA et al., 2005; GARCIA et al., 2015; CERVINSKI et al., 2012).

É nessa perspectiva que o trabalho coletivo deve impulsionar os trabalhadores da saúde a se perceberem como atores importantes e corresponsáveis nesse processo, de modo a

integrar diferentes áreas no cotidiano do trabalho com capacidade ainda maior de garantir o cumprimento dos princípios do SUS.

O estudo de Marqui et al. (2010) evidencia as principais dificuldades encontradas no processo de trabalho da equipe por gestores e profissionais de saúde. A falta de planejamento de atividades para o trabalho coletivo, fragmentação do trabalho, falta de integralidade entre os profissionais, alta rotatividade de profissionais, falta de capacitação dos trabalhadores, baixa infraestrutura assim como também a distância do agente comunitário de saúde (ACS) da equipe de saúde estão entre essas dificuldades.

Outro aspecto importante no estudo dos processos de trabalho na AB é o que envolve as diferenças e as singularidades das ações em saúde ofertadas pelas unidades básicas que operam com a saúde da família e as unidades básicas que operam sob o modelo tradicional. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, na pesquisa de Carrapato (2011), a maneira como está organizado o trabalho das equipes está relacionada ao modelo de saúde implantado no serviço. Nessa pesquisa os autores identificaram que as práticas descentralizadas do modelo médio-curativo eram mais evidentes nas unidades de saúde com ESF.

O estudo de Medrado et al. (2015) sobre a avaliação das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica no estado do Rio de Janeiro, baseadas na Política Nacional de Atenção Básica, demonstra de maneira geral que as equipes estão planejando e organizando seu processo de trabalho. Em contrapartida, os municípios do interior do estado do Rio de Janeiro apresentam baixos percentuais em relação ao apoio institucional, atividades de promoção à saúde, capacitação da equipe para avaliação de risco e vulnerabilidade e existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas à demanda de urgência e emergência.

Na produção científica nacional observam-se estudos avaliativos com enfoque na organização de serviços e processos de trabalho centrados no processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem e em ações programáticas da atenção básica, como tuberculose, pré-natal, saúde mental, saúde da criança e saúde odontológica (FERMINO, 2010; FIGUEIREDO, 2009; ARAKAWA et al., 2011; GUIMARÃES, 2016; SILVA et al., 2014; NÔBREGA et al., 2013; CAMPOS et al., 2012; FINKLER, 2014; SANTOS; MENEGHIM; PEREIRA, 2007; SANTANA et al., 2015).

Um estudo realizado por Fachinni et al. (2006), desenvolvido dentro dos estudos de Linha de Base do Proesf, buscou avaliar o desempenho de unidades básicas de saúde tradicionais e do PSF das regiões Sul e Nordeste de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes. Os autores apontam a necessidade de planejamento das ações em saúde das

equipes, bem como melhoria na infraestrutura das unidades e a implementação de investimentos na educação permanente dos profissionais com vistas ao desempenho dos serviços e a vulnerabilidade social dos problemas de saúde.

O estudo de Nunes et al. (2014) buscou analisar e comparar, através da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), o desempenho do trabalho em equipe em unidades com ESF em dois municípios paulistas. Os municípios são Ribeirão Preto, de grande porte, e São José do Rio Pardo, de pequeno porte. Observou-se que na análise da subdimensão organização do trabalho, Ribeirão Preto classificou-se como adequado e São José do Rio Pardo como regular, com diferença significativa entre as respostas apresentadas pelos municípios. Já em relação ao acolhimento e humanização ambos os municípios apresentaram desempenho satisfatório.

Castanheira et al. (2009) buscaram descrever em sua pesquisa as características organizacionais dos serviços de Atenção Básica em 37 municípios do interior do Estado de São Paulo. O estudo utilizou questionários aplicados a gestores e equipe assistencial das unidades. Quanto ao aspecto organizacional do trabalho, identificaram que 62% dos serviços não trabalham com área de abrangência delimitada de modo planejado, em contrapartida cerca de 70 a 100% das equipes trabalham com agendamento de consultas.

Avaliar a qualidade da organização dos serviços de saúde é fundamental para a gestão dos serviços. A percepção dos usuários expressa à qualidade do cuidado ofertado, já a percepção dos profissionais expressa as necessidades e as expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que, na organização de serviços, há uma relação de troca entre os sujeitos e esse relacionamento refletirá na qualidade do serviço (MARTINS et al., 2014).

Diante disso, avaliar a percepção dos profissionais é imprescindível. A satisfação no trabalho é resultante da interação entre o profissional, suas características pessoais, suas expectativas, o ambiente de trabalho, seus valores, podendo ser observada através da qualidade do trabalho, da produtividade, do desempenho etc. (MARTINS et al., 2014).

4.6 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde em resposta a aguardada qualidade do sistema é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade de atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversos esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB com garantia de um padrão comparável nacional, regional e local, no ano de 2011, além da publicação de uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), também foi editada a Portaria N° 1.654 pelo Ministério da Saúde (MS). Ela instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

O PMAQ trouxe mudanças significativas ao vincular pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB). Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo. Além disso, o PMAQ é uma pesquisa avaliativa de tipo normativa, que adota, como eixo, elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e à utilização, participação e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012b).

O PMAQ avalia por equipe de Saúde da Família. Avalia o acesso à implantação de dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção às linhas de cuidado priorizadas. O programa pode ser considerado como uma resposta de garantia ao acesso a Atenção Básica. Como dito anteriormente, o programa vem em uma das portarias da APS no “projeto” de reestruturação da rede com foco no acesso, culminando em uma nova Política Nacional de Atenção Básica, abrindo as portas do serviço (FONTENELLE, 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; GARNELO et al., 2014).

O Programa está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria da qualidade e do acesso. A primeira é chamada de Adesão e Contratualização, a segunda de Desenvolvimento, a terceira de Avaliação Externa e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se Recontratualização (BRASIL, 2012b).

No presente estudo avaliamos a adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil a partir do questionário do Módulo II na etapa de avaliação externa, desse modo enfatizaremos melhor esta fase do instrumento do PMAQ-AB.

4.6.1. Avaliação Externa

A avaliação externa representa a terceira fase do PMAQ realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com instituições de ensino e/ou pesquisa do Brasil. Essa etapa consiste na realização de ações de averiguação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa (BRASIL, 2013b).

Na avaliação externa são realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), o instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos: Módulo I – Observação na unidade básica de saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde; e Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. De modo a complementar as informações dos módulos anteriores o módulo eletrônico deve ser respondido pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB).

A avaliação externa é composta por várias etapas de certificação das equipes, tendo como resultado a geração de um escore conforme as regras da Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011 e com as alterações instituídas pela portaria 866 de 03 de maio de 2012, a partir do somatório de três componentes: 1. Autoavaliação; 2. Indicadores de desempenho; 3. Dimensões da Avaliação Externa (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2011c; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Em relação à autoavaliação, se a equipe realizou e comprovou por meio de documento na avaliação externa, a mesma alcança o percentual de 10% da nota final da certificação.

Como a unidade de avaliação do PMAQ são as equipes de atenção básica a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que poderiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), via 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, subdivididos em 7 áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental (BRASIL, 2015), que foram classificados em I - **Indicadores de desempenho**: vinculados ao processo de avaliação externa, utilizados para a classificação das EAB e II - **Indicadores de monitoramento**: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços, correspondendo a 20% da nota final de certificação.

Os 70% da nota de certificação resultam da aplicação dos instrumentos de avaliação da terceira fase, organizados em quatro módulos (Módulos I, II, III e eletrônico), segundo o Instrumento de Avaliação Externa do “Saúde Mais Perto de Você” – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que norteia as equipes de avaliadores e os municípios participantes, além das respostas das EAB e gestores no módulo on-line. (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015a).

Para a certificação das equipes foi criada uma Matriz de Pontuação. Essa matriz elenca os padrões de qualidade contidos nos módulos de avaliação externa e no módulo eletrônico. A matriz está organizada em cinco dimensões (BRASIL, 2012c):

1. DI- Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica: Esta dimensão considerou algumas ações da gestão da Atenção Básica para apoio às equipes de AB, assim como para a organização do processo de trabalho das equipes;

2. DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS: Esta dimensão considerou as características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de AB;

3. DIII - Valorização do trabalhador: Esta dimensão considerou algumas questões fundamentais da atuação da gestão da Atenção Básica para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho;

4. DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho:

Esta dimensão considerou os aspectos de organização do processo de trabalho (atenção à saúde na UBS e coordenação e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde – RAS), com ênfase nos processos implantados;

5. DV - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário:

Nessa dimensão os usuários que se encontravam nas Unidades Básicas de Saúde no momento da Avaliação Externa responderam mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o questionário referente ao módulo III, sobre utilização e satisfação com os serviços ofertados pelas unidades, considerando o perfil do usuário e as questões de blocos específicos (pré-natal, e etc.).

4.6.2 Novas fases do PMAQ-AB

A Portaria N° 1.654 é direcionada a todas as equipes de saúde da atenção básica (EAB), ou seja, as EAB's contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes podem aderir ao PMAQ-AB desde que estejam em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2011c).

Em 2015, a portaria de criação do Programa foi revogada e o Ministério da Saúde dispôs de uma nova, a Portaria de N° 1645, de 02 de outubro de 2015. O documento ministerial aponta as modificações nas fases de operacionalização do programa. O PMAQ passa então a ser composto por três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõe um ciclo (BRASIL, 2015b).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015b), as fases passam a ser compreendidas em: 1. Adesão e Contratualização; 2. Certificação; 3. Recontratualização e o Eixo Estratégico Transversal. Este eixo deve ser compreendido como transversal a todas as fases, é composto pelos seguintes elementos:

- I. **Autoavaliação:** a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ ou outros definidos e pactuados pelo Estado, Distrito Federal, Município ou Região de Saúde.

- II. **Monitoramento:** a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, secretarias estadual, municipal e distrital de saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIR);
- III. **Educação permanente:** por meio das ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes;
- IV. **Apoio Institucional:** a partir de estratégias de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

5 METODOLOGIA

5.1 ÁREA DO ESTUDO

A área do estudo foi constituída por 4.826 (86,64%) municípios do Brasil, distribuídos em 26 estados nas cinco regiões brasileiras: Norte, Sul, Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste. O Brasil ocupa o 79º lugar no ranking mundial de índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mantendo a mesma nota de 0,754 desde o ano de 2015 (PNUD, 2016).

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativa. Foi utilizado o banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso buscou-se avaliar a gestão do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica nos municípios do Brasil que aderiram ao PMAQ-AB.

Os estudos transversais são excelentes para avaliações de adequação da cobertura ou qualidade de serviços. Podem ser utilizados também em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (SANTOS; VICTORA, 2004).

Já as avaliações normativas consistem em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados, sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas. É considerada uma atividade comum em uma organização e avaliação de programa, correspondem às funções de controle e acompanhamento (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

5.3 UNIVERSO DA PESQUISA

Tendo sido de adesão voluntária para a realização das ações de Avaliação Externa do PMAQ-AB, as equipes avaliadas não foram selecionadas de maneira aleatória. Assim, as equipes que compõem o universo da pesquisa foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde e que responderam ao questionário do Módulo II referente à entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos na unidade de saúde.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fizeram parte da pesquisa as equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB no 2º ciclo de avaliação. Foram excluídas as equipes que não apresentaram informações completas e disponíveis no banco de dados.

5.5 COLETA DE DADOS

Para a consecução do primeiro objetivo específico do estudo, foram utilizados os dados coletados no 2º ciclo de avaliação do PMAQ-AB. A coleta foi realizada no segundo semestre de 2014 em todo o território nacional, por mais de 40 instituições de ensino e pesquisa (IES) do país. As IES contribuíram com a etapa de avaliação externa desde a construção do instrumento de avaliação, definição de estratégias até a aplicação dos questionários nos municípios brasileiros (BRASIL, 2013a). Antes da realização da pesquisa de campo, os entrevistadores foram treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades básicas de saúde que optaram pela adesão ao PMAQ-AB.

Durante a pesquisa do PMAQ-AB, ocorreu a aplicação de (04) quatro módulos de questionários: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; Módulo III – Entrevistas com usuários na UBS e; Módulo IV – Entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013b). Nesta pesquisa foram priorizadas as perguntas do questionário do módulo II, da Dimensão IV- Acesso e Qualidade da Atenção e a Organização Processo de Trabalho que representa as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

Na Dimensão IV, a avaliação da organização do processo de trabalho foi realizada através da análise de cinco subdimensões (S_1 , S_2 , S_3 , S_4 , S_5), sendo:

S_1 - População de Referência da Equipe de Atenção Básica;

S_2 - Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica;

S_3 - Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica;

S_4 - Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde;

S_5 - Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade.

Para a consecução do segundo objetivo específico foram coletados dados demográficos e dados relacionados aos sistemas de saúde dos municípios, referentes ao ano de 2014, mesmo ano da coleta do PMAQ-AB, disponíveis nos sites: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento de Atenção Básica-DAB e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

5.6 UNIDADES DE ANÁLISE

As unidades de análise deste estudo foram as 29.777 equipes de atenção básica dos municípios do Brasil que participaram da etapa de avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB.

5.7 PLANO DE ANÁLISE

5.7.1 Primeira etapa - Fase exploratória

Na fase exploratória, houve a preparação do banco de dados do PMAQ-AB, relativo ao módulo II, fazendo-se o recorte da dimensão IV para que posteriormente a avaliação da completude dos dados que dizem respeito à gestão do processo de trabalho das equipes de atenção básica, modo a verificar a qualidade dos dados disponíveis como fonte da presente pesquisa.

5.7.2 Segunda etapa – Atribuição de pontos aos padrões de qualidade

A metodologia para a pontuação dos itens avaliados foi uma adequação da proposta do Ministério da Saúde contida no manual da Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014, publicado em 2015 (BRASIL, 2015b).

Segundo a metodologia proposta na Nota, para obtenção da nota de cada uma das equipes, as áreas técnicas do Ministério da Saúde, em conjunto com Conass e Conasems, definiram critérios que consideraram a relevância técnica, estratégica e política, além do número de dimensões, subdimensões e padrões de qualidade (perguntas) na matriz de pontuação.

Como foi utilizado apenas a dimensão da organização do processo de trabalho, fez-se necessária a readequação da expressão matemática para a obtenção dos pontos do padrão de qualidade, subdimensão e da dimensão. Ainda, para as subdimensões e os padrões de qualidade, manteve-se as mesmas relevâncias definidas na nota metodológicas. Qual seja: peso 1 se o padrão de qualidade fosse considerado geral, 2 se essencial e 3 se estratégico.

Para o cálculo dos pontos das subdimensões, as expressões ficaram assim definidas:

- S_k é o número de subdimensões existentes, onde $k = 1, 2, 3, 4$ e 5 ;
- β_j corresponde ao peso atribuído a cada subdimensão, onde $j = 1, 2, 3, 4$, e 5 e β pode assumir os valores 1 ou 2;
- P_{kji} corresponde a nota do padrão, que é atribuída conforme o critério de pontuação definido, que pode variar de 0 a 100 inclusive, onde $i = 1, 2, \dots, n$;
- α_{kji} corresponde ao peso atribuído a cada padrão de qualidade contido dentro de uma subdimensão, onde $i = 1, 2, \dots, n$ e α pode assumir um dos seguintes valores, 1 ou 2 ou 3;
- NS_{kj} é a “nota” de uma determinada subdimensão e é obtida conforme a fórmula a seguir.

Nota de uma subdimensão será dada pela seguinte expressão:

$$NS_{kj} = \sum_{i=1}^n (\alpha_{kji} * P_{kji}) / (\sum_{i=1}^n \alpha_{kji}) \quad (1)$$

E, a nota para a dimensão será pela seguinte equação:

$$ND = \sum_{k=j=1}^5 (\beta_j * NS_{kj}) / (\sum_{i=1}^5 \beta_j) \quad (2)$$

Finalmente, a regra de atribuição da nota (P_{kji}) podia variar de acordo com o objetivo que a pergunta pretendia atingir. As seguintes situações podiam ocorrer: *i)* apenas uma categoria valia 100%, e as demais, 0%; *ii)* pode haver questões cumulativas em que, por exemplo, ao marcar três ou mais opções de resposta na mesma pergunta, considera-se 100%; *iii)* pode haver questões em que, marcando-se apenas duas, considera-se 50%; e *iv)* questões em que se marcar menos de duas, considera-se 0%. A regra para cada um dos padrões de qualidade está definida no quadro 01 na coluna “Nota do Padrão de Qualidade”.

Quadro 01. Matriz de pontuação para avaliação dos padrões de qualidade.

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S_1 = População de Referência e Equipe de Atenção Básica (1)	Geral (1)	A gestão utiliza alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe.	Pontua 10 para resposta positiva.	NS ₁
	Essencial (2)	Existe definição da área de abrangência da equipe.	Pontua 10 para resposta positiva.	
	Geral (1)	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência.	Pontua 10 para resposta positiva.	
		Ultimo mapeamento da área da abrangência da equipe.	Pontua 10 se foi feito até o ano anterior. Pontua 7 se foi feito a mais de 1 ano.	
		A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família.	Pontua 10 para resposta positiva..	
S_2 = Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica (1)	Estratégico (3)	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente.	Pontua 10 para resposta positiva, com comprovação.	NS ₂
		A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade.	Pontua 10 para resposta positiva, com comprovação.	
	Essencial (2)	A equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde.	Pontua 10 para resposta positiva.	
	Geral (1)	A equipe realiza reunião.	Pontua 10 para resposta positiva	

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S₃ = Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica (1)	Essencial (2)	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar.	Pontua 10 se estiver organizada para todas as ações. Pontua 8 se estiver organizada para 3 até 5 ações. Pontua 6 se estiver organizado para até 2 ações. Só recebe a pontuação se comprovar a ação.	NS ₃
		A agenda dos profissionais está organizada para a realização de grupos de educação em saúde.		
		A agenda dos profissionais está organizada para a realização de atividades comunitárias.		
		A agenda dos profissionais está organizada para a realização de consultas para cuidado continuado.		
		A agenda dos profissionais está organizada para a realização do acolhimento à demanda espontânea.		
		A agenda dos profissionais não está organizada para a realização de nenhuma dessas atividades.		
	Geral (1)	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola.	Pontua 10 para resposta positiva, com comprovação.	
	Estratégico (3)	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	Pontua 10 para resposta positiva, com comprovação.	
		Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames.	Pontuação para resposta positiva, com comprovação.	
		Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	Pontuação para resposta positiva.	
		A equipe realiza encaminhamento dos usuários que vem à unidade com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta médica.	Pontuação para resposta positiva.	

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S₄ = Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde (1)	Essencial (2)	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares.	Pontuação para resposta positiva, com comprovação.	NS ₄
		Existe modelo-padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais.	Pontuação para resposta positiva, com comprovação.	
S₅ = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Geral (1)	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário.	Pontua 10 se assinalar esta, com comprovação.	NS ₅
		Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data é posteriormente informada ao usuário.	Pontua 10 se assinalar esta, com comprovação.	
		Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas.	Pontua 8 se assinalar esta, com comprovação.	
		Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicado pela sua equipe.	Pontua 8 se assinalar esta, com comprovação.	
		Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado.	Recebe 0 se não tiver um serviço ou um profissional determinado.	
		Não há percurso definido.	Recebe 0 se não tiver percurso definido.	

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S_5 = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Geral (1)	A equipe programa a oferta de consultas para pré-natal.	Pontua 10 se marcar todas. Pontua 8 se marcar 5 ou 6 dos itens. Pontua 6 se marcar 3 ou 4 dos itens. Pontua 4 se marcar 1 ou 2 dos itens. Só recebe a pontuação se comprovar o item.	NS ₅
		A equipe programa a oferta de consultas para hipertensão arterial sistêmica.		
		A equipe programa a oferta de consultas para diabetes mellitus.		
		A equipe programa a oferta de consultas para obesidade.		
		A equipe programa a oferta de consultas para DPOC/asma.		
		A equipe programa a oferta de consultas para transtorno mental.		
		A equipe programa a oferta de consultas para crianças até dois anos.		
		A equipe programa a oferta de consultas para outras especialidades.		
		Outras.		
		A equipe programa não oferta consultas.	Recebe 0 se marcar as duas últimas	

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)	
S ₅ = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Geral (1)	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para câncer de colo de útero.	Pontua 10 se marcar todos os itens. Pontua 8 se marcar 8 até 11 dos itens. Pontua 6 se marcar 5 ou 7 até dos itens. Pontua 4 se marcar 2 ou 4 dos itens. Pontua 20 se marcar 1 item. Só recebe a pontuação se comprovar o item.	NS ₅	
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para câncer de mama.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para pré-natal.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento.)			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para hipertensão arterial sistêmica.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para diabetes mellitus.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para tuberculose.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para hanseníase.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para saúde mental.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para DPOC/asma.			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para álcool e drogas			
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para outras.			Recebe 0 se marcar as duas últimas.
		A equipe não utiliza protocolos para estratificação de risco			

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S_5 = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Estratégico (3)	A equipe mantém registro dos usuários hipertensos de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.	Pontua 10 se marcar 8 itens. Pontua 8 se marcar 6 ou 7 dos itens. Pontua 6 se marcar 4 ou 5 dos itens. Pontua 4 se marcar só um item. Pontua 2 se marcar 2 ou 3 dos itens. Só recebe a pontuação se comprovar o item.	NS ₅
		A equipe mantém registro dos usuários com diabetes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro dos usuários com DPCO/asma de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro dos usuários com obesidade de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro das usuárias grávidas de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro das usuárias com citopatológico alterado de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro dos usuários com transtorno mental de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.		
		A equipe mantém registro das usuárias com mamografia alterada de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção.		
		A equipe não realiza este tipo de registro.	Recebe 0 se marcar a última.	

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S_5 = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Geral (1)	Exames que são solicitados pela sua equipe e realizados pela rede de serviços de saúde:	<p>Pontua 10 se marcar 15 itens.</p> <p>Pontua 8 se marcar 11 até 14 dos itens.</p> <p>Pontua 6 se marcar 7 a 10 dos itens.</p> <p>Pontua 4 se marcar 3 até 6 dos itens.</p> <p>Pontua 2 se marcar 1 ou 2 dos itens.</p> <p>Só recebe a pontuação se comprovar o item.</p> <p>Recebe 0 se marcar a última.</p>	NS ₅
		Creatinina		
		Perfil lipídico		
		Eletrocardiograma.		
		Hemoglobina glicosilada		
		Baciloscopia para tuberculose		
		Radiografia de tórax (tuberculose)		
		Cultura de micobactérias		
		Teste de sensibilidade (antibiograma)		
		Baciloscopia para hanseníase		
		Mamografia		
		Sorologia para HIV		
		Sorologia para hepatites B e C		
		Sorologia para sífilis (VDRL)		
Teste rápido HIV				
Teste rápido de Sífilis				
Nenhuma das anteriores				

SUBDIMENSÃO - S _k (β _j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α _{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P _{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS _k)
S₅ = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Geral (1)	Exames que são solicitados pela equipe e realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal:	Pontua 10 se marcar 10 itens	NS ₅
		Glicemia	Pontua 8 se marcar 7 até 9 dos itens	
		Sorologia para sífilis (VDRL)	Pontua 6 se marcar 4 a 6 dos itens	
		Sorologia para HIV	Pontua 4 se marcar 1 até 3 dos itens	
		Sorologia para hepatite B	Só recebe a pontuação se comprovar o item	
		Exame sorológico para toxoplasmose		
		Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito		
		Teste rápido de gravidez		
		Teste rápido de sífilis		
		Teste rápido de HIV		
	Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)			
	Não são solicitados exames pela equipe	Recebe 0 se marcar a última		
	Geral (1)	Na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado por meio de central de regulação.	Pontua 10 se a resposta for afirmativa	
	Estratégico (3)	Os exames que são realizados/coletados na unidade:	Pontua 10 se marcar todos	
		Exame de Sangue	Pontua 8 se marcar 4 dos itens	
Urina		Pontua 6 se marcar 3 dos itens		
Fezes		Pontua 4 se marcar 2 dos itens		
Exame citopatológico de colo de útero		Pontua 2 se marcar 1 dos itens		
Eletrocardiograma				
Não são realizados/coletados exames na unidade	Recebe 0 se não realizar/coletar exames			

SUBDIMENSÃO - S_k (β_j)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α_{kji})	PADRÕES DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P_{kji} %)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_k)
S_5 = Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	Essencial (2)	A Unidade oferta regularmente vacinação	Pontua 10 se a resposta for afirmativa	NS ₅
	Estratégico (3)	A equipe de Atenção Básica realiza:	Pontua 100 se marcar todos	
		Drenagem de abscesso	Pontua 8 se marcar de 6 até 9 itens	
		Sutura de ferimentos	Pontua 6 se marcar 2 a 5 itens	
		Retirada de pontos	Pontua 4 se marcar 1 item	
		Lavagem de ouvido		
		Extração de unha		
		Nebulização/inalação		
		Curativos		
		Medicações injetáveis musculares		
		Medicações injetáveis endovenosas		
		Inserção de DIU		
Outro(s)				
Não realiza nenhum dos procedimentos acima	Recebe 0 se marcar Outro(s) ou não realizar procedimentos			

*Adaptado pelas autoras do manual da Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014 (BRASIL, 2015a).

Dessa maneira, todos os padrões de qualidade receberam uma nota. Em seguida, para cada equipe, foi calculada a nota em cada subdimensão e, finalmente a nota para toda a dimensão, conforme (1) e (2).

5.7.3 Terceira etapa- Categorização das variáveis

Nesta etapa da pesquisa foi realizada a codificação das variáveis demográficas, indicador socioeconômico e de cobertura da estratégia saúde da família, extraídas das bases de dados públicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram classificadas o percentil 30 e 70, escolha baseada na análise preliminar da distribuição do porte populacional.

1. **Porte populacional:** Baixo- até 19.112 hab.; Médio – 19.113 a 146.552 hab.; Alto- a partir de 146.553 hab.
2. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família:** Baixo- até 56,93%; Médio – 56,94% a 99,99%; e Alto -100%.

As faixas que representam o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foram adaptadas da classificação original para se tornar semelhante às faixas de classificação das outras variáveis. O IDHM passou a ser classificado em:

- **Baixo** – 0-0,599;
- **Médio** – 0,600-0,699;
- **Alto** - 0,700-1.

Para a avaliação da adequabilidade do processo de trabalho das equipes de saúde da atenção básica foi estabelecida, a seguinte matriz de julgamento:

Quadro 02. Matriz de julgamento das subdimensões que avaliaram o processo de trabalho.

DIMENSÃO (β_j)	NOTA DA DIMENSÃO	JULGAMENTO
PROCESSO DE TRABALHO	ND*	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)
SUBDIMENSÃO - S_k	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS_{kj})	JULGAMENTO
População de Referência e Equipe de Atenção Básica (1)	NS ₁ *	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica (1)	NS ₂ *	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)
Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica (1)	NS ₃ *	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)
Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde (1)	NS ₄ *	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)
Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade (2)	NS ₅ *	100% (todos os padrões com notas 100)
		99,99% - 80,0% (padrões com notas entre 8,1 e 9,9)
		$\leq 80,0\%$ (padrões com notas menores ou iguais a 8,0)

Nota: Elaborado pelas autoras.

ND*- Nota da Dimensão

NS₁*-Nota da Subdimensão 1

NS₂*- Nota da Subdimensão 2

NS₃*- Nota da Subdimensão 3

NS₄*-Nota da Subdimensão 4

NS₅*-Nota da Subdimensão 5

5.7.4. Quarta etapa- Associação entre as variáveis de contexto e os níveis de adequação do processo de trabalho

Esta etapa foi caracterizada pela associação entre a adequação do processo de trabalho das equipes e das características demográficas e indicadores de saúde dos

municípios participantes do estudo, referente ao ano de 2014, mesmo ano da coleta do PMAQ-AB ciclo 2.

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados no programa *Microsoft Office Excel* e exportados para análise no *Software SPSS*.

Foram realizadas as distribuições das equipes segundo a matriz de julgamento, utilizando-se a estatística descritiva e construídas tabelas e gráficos.

5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas - UEA sob o CAAE 65595317.2.0000.5016 obedecendo aos aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

A avaliação da adequação do processo de trabalho das 29.777 equipes de atenção básica (EAB) do Brasil participantes da etapa de avaliação externa no II ciclo do PMAQ-AB foi realizada de acordo com as definições estabelecidas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)-2012. Os resultados revelam importantes disparidades de adequação nas 5 (cinco) subdimensões avaliadas, com a influência das variáveis demográficas: porte populacional, da região geopolítica, do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e de cobertura: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De modo geral, constatou-se o baixo percentual das EAB (0,06%) do país que atendiam ao critério de 100% de adequação no processo de trabalho. A maioria das EAB (77,32%) apresentou adequação menor ou igual a 80%, denotando a existência de um processo de trabalho incipiente, fragmentado e desarticulado em relação aos princípios e diretrizes definidos pela PNAB (Figura 03).

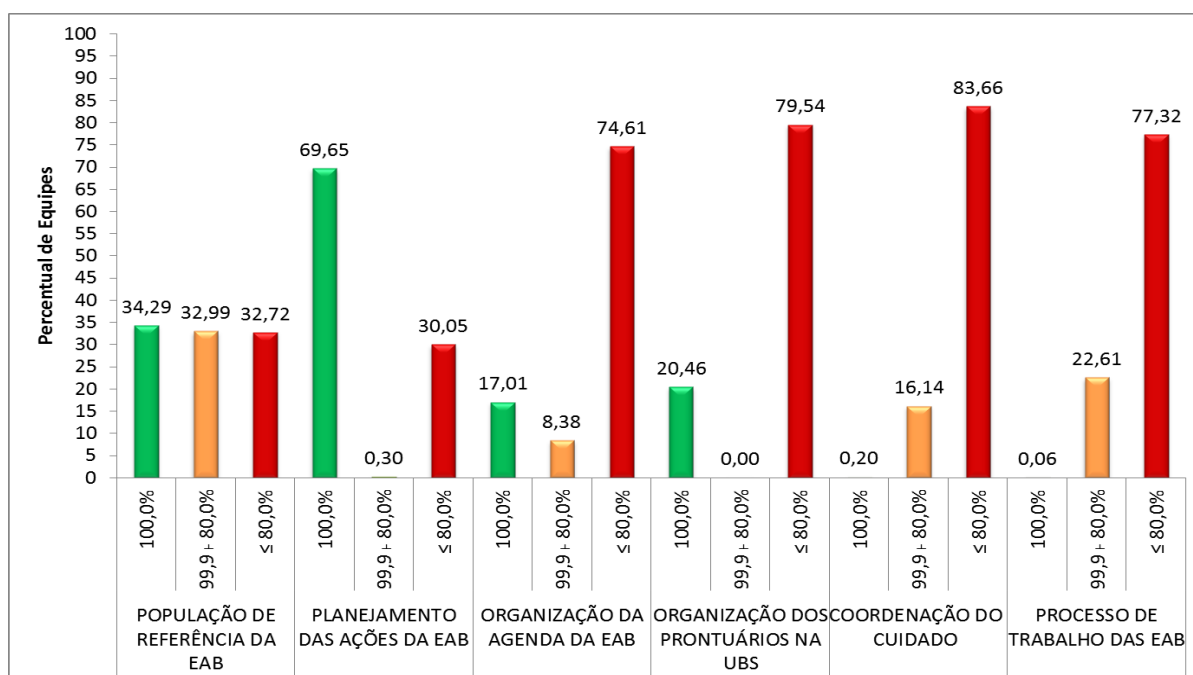


Figura 03. Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 2, Brasil, 2014.

Considerando as subdimensões que compuseram a avaliação do processo de trabalho das equipes, observa-se que a subdimensão “Planejamento das ações da equipe de atenção

básica” apresentou o maior percentual de EAB do país (69,65%). Foram classificadas com 100% de adequação nos itens avaliados, seguida da subdimensão de “População de referência da equipe de atenção básica” com apenas 34,29% de equipes adequadas. Já a subdimensão da “Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade” apresentou a menor proporção de equipes (0,20%), classificadas com 100% de adequação, seguida das subdimensões de “Organização da agenda da equipe de atenção básica” (17,01%) e “Organização dos prontuários na unidade básica de saúde” (20,46%) (Figura 03).

No que tange à avaliação do processo de trabalho das EAB segundo as regiões geopolíticas do país, pode-se observar melhores resultados de adequação apresentados pelas equipes das regiões Sudeste (0,14%) e Nordeste (0,05%), contemplando a totalidade de 100% das ações realizadas pelas equipes conforme previstas na PNAB (Figura 04). Em contrapartida, as regiões Norte (0,0%), Centro-Oeste (0,0%) e Sul (0,0%) foram as que obtiveram de modo geral os menores resultados de 100% de adequação das equipes nas cinco subdimensões avaliadas, revelando disparidades significativas entre regiões e contextos de saúde brasileiros.

A análise dos resultados na perspectiva da divisão geopolítica das EAB nas subdimensões que avaliaram o processo de trabalho revelou que apenas na subdimensão de “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” foram identificadas mais de 50% de equipes participantes do PMAQ-AB que atendiam aos critérios de 100% de adequação, localizadas principalmente nas regiões Nordeste (72,4%) e Sudeste (71,%).

Já os menores percentuais de equipes que desenvolviam suas atividades em conformidade aos princípios e diretrizes da PNAB foram encontrados na subdimensão da “Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade”. Somente nas regiões Sudeste (0,49%), Sul (0,13%) e Nordeste (0,05%) foram encontradas equipes classificadas com 100% de adequação, nas demais regiões não foram observadas outras equipes com esse nível de adequação.

Os resultados observados na figura 04 demonstram que as subdimensões de “Organização da agenda da equipe de atenção básica” e de “Organização dos prontuários na unidade básica de saúde” apresentaram baixos percentuais de equipes que contemplam aos 100% de adequação de suas atividades, com destaque regional para o Nordeste (17,8% e 25,6%) e Sudeste (18,9% e 20,1%), respectivamente.

Diferentemente do padrão regional encontrado na análise da maioria das subdimensões, a subdimensão de “População de referência da equipe de atenção básica”

apresentou os melhores percentuais de equipes com 100% de adequação principalmente nas regiões Sudeste (40,1%) e Sul (37,3%).

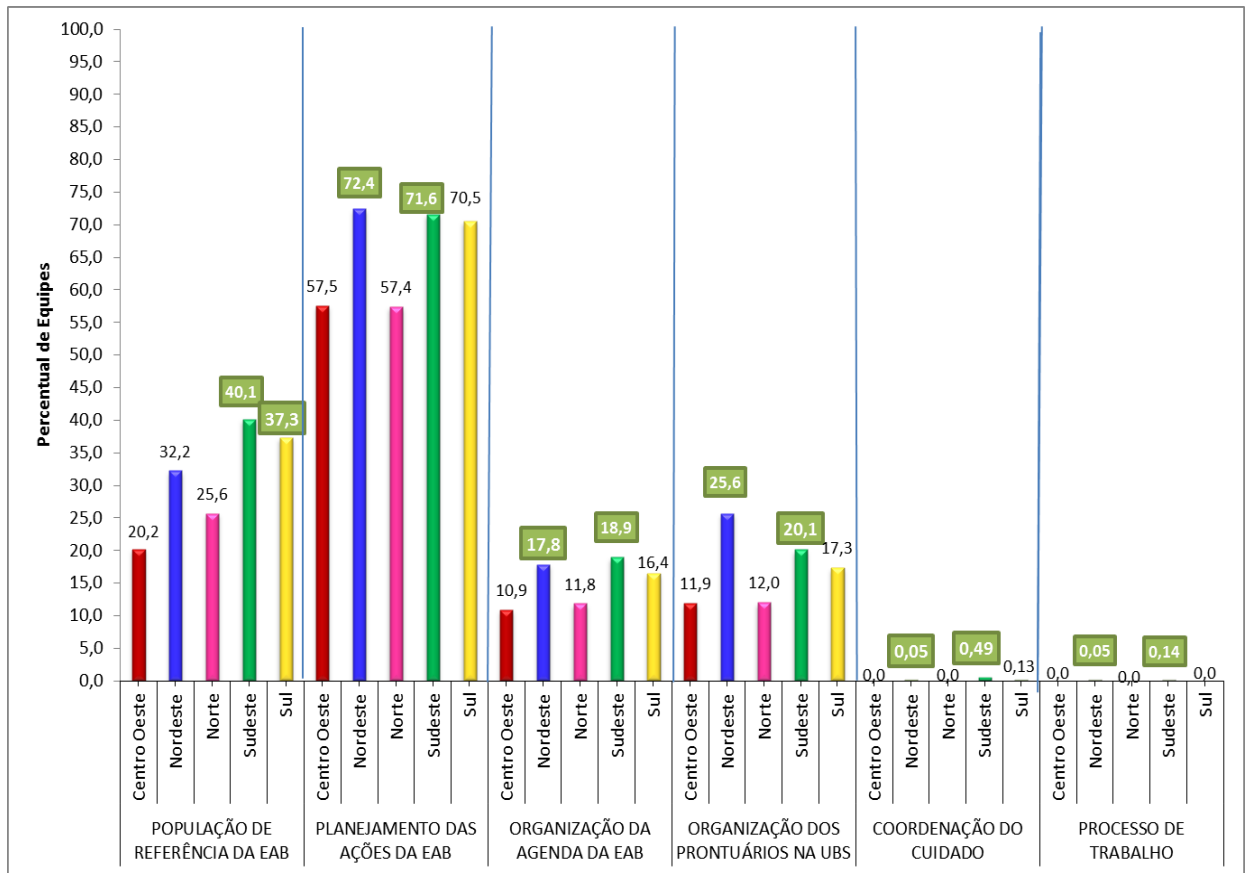


Figura 04. Avaliação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil com 100% de adequação segundo regiões geopolíticas, Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2, Brasil, 2014.

No que diz respeito às associações do porte populacional com as subdimensões que avaliaram o processo de trabalho das EAB, os melhores resultados na faixa de 100% de adequação foram encontrados em equipes localizadas em municípios de elevado porte populacional (≥ 146.552 hab.), com o destaque para a menor adequação das EAB na subdimensão da “Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade” com apenas 0,47% de equipes adequadas (Figura 05).

Nota-se um elevado percentual de equipes classificadas na faixa de $\leq 80\%$ de adequação localizadas em municípios com baixa densidade demográfica (até 19.112 hab.), principalmente nas subdimensões de “Organização da agenda da EAB”, “Organização dos prontuários na UBS” e “Coordenação do Cuidado”. Isso revela baixa qualidade nas ações e

serviços oferecidos pelas equipes em municípios de pequeno porte populacional. A tabela 01 apresenta mais detalhadamente esses resultados.

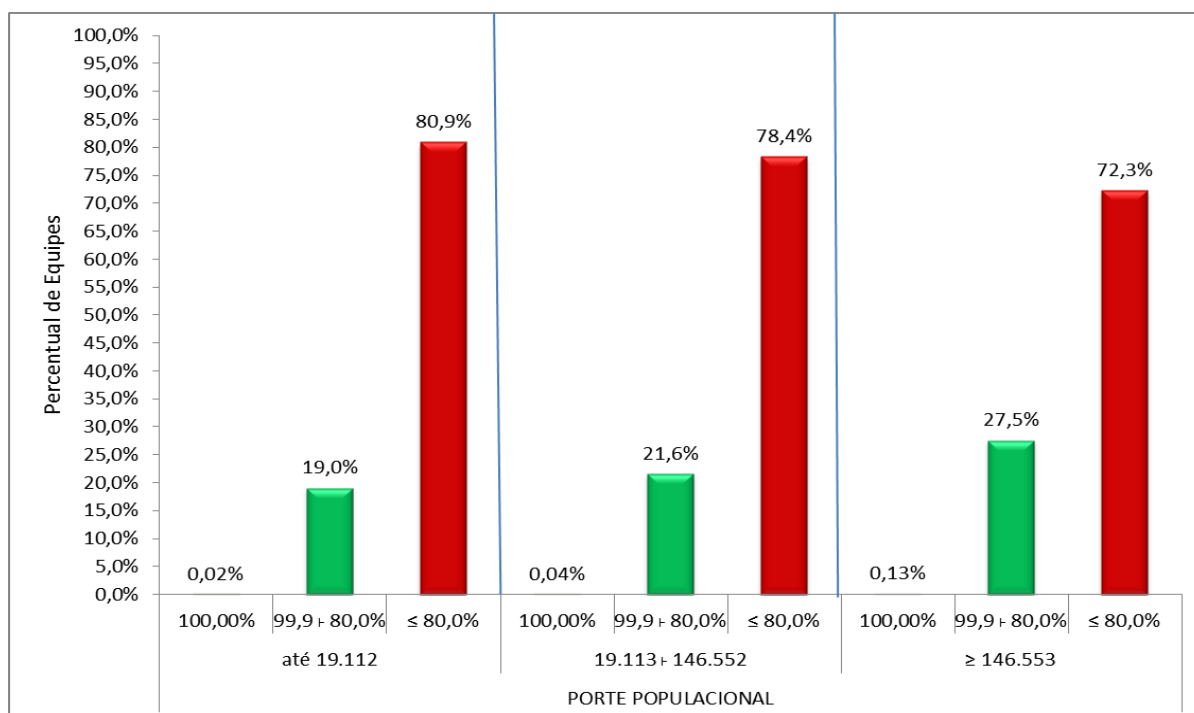


Figura 05. Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil segundo porte populacional dos municípios, Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 2, Brasil, 2014. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)- População estimada para o ano de 2014.

Quanto à associação de adequação das EAB com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), constatou-se que das poucas equipes classificadas na faixa de 100% de adequação do processo de trabalho, o maior percentual delas (0,09%) encontrava-se em municípios de elevado IDHM (0,70-1), com queda significativa no percentual de equipes à medida que o IDHM diminuiu (Fig. 06).

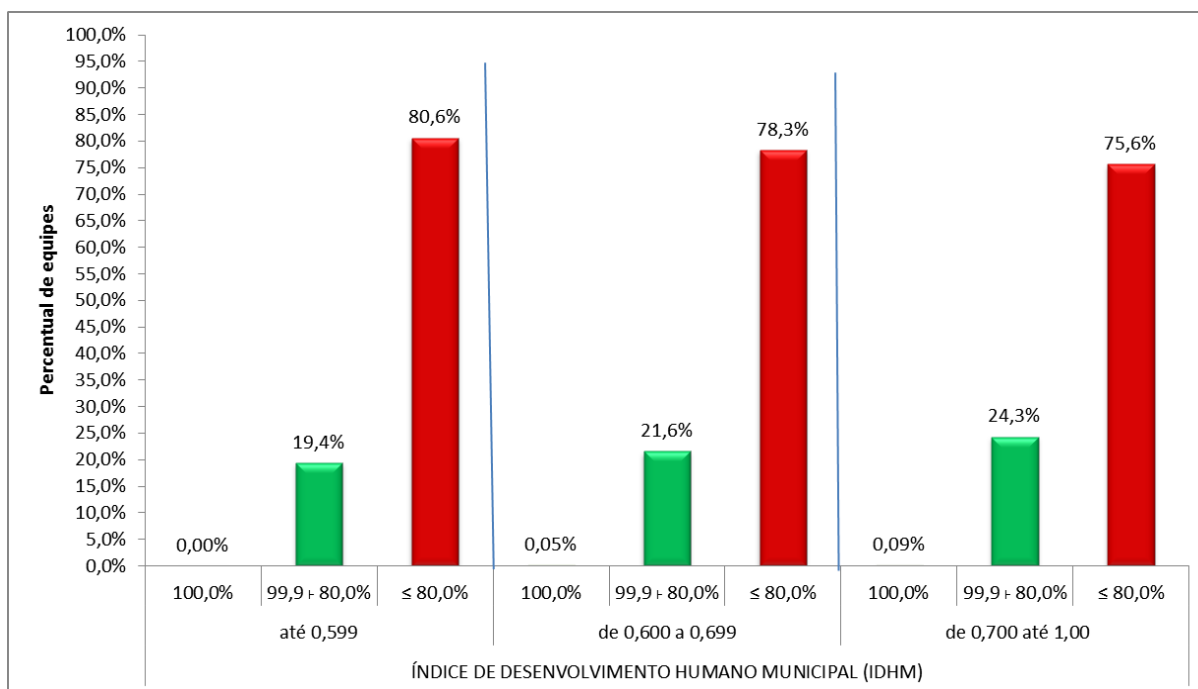


Figura 06. Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil segundo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 2, Brasil, 2014. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) IDHM do ano de 2010 (disponível em: www.atlasbrasil.org.br).

Em relação à associação do IDHM com as subdimensões do PMAQ-AB, observa-se na subdimensão “Planejamento das ações da EAB” o maior percentual de equipes (70,8%) classificadas na faixa de 100% de adequação, localizadas em municípios de elevado IDHM, representando mais de 50% das equipes participantes do ciclo II do PMAQ-AB. Embora as EAB tenham apresentado o menor percentual de adequação aos princípios e diretrizes da PNAB, foi na subdimensão da “Coordenação do cuidado” que se identificou o menor percentual de equipes adequadas (0,34%) em municípios de elevado IDHM (0,70 a 1). Em municípios com baixo IDHM, não foram observadas equipes classificadas como adequadas (Tabela 01).

Diferentemente dos resultados gerais apresentados nas outras subdimensões, a subdimensão de “Organização dos prontuários na UBS” apresentou o maior percentual de equipes adequadas (21,3%) localizadas em municípios com IDHM médio (0,600 a 0,699). Já para a faixa mais alta de IDHM, esse percentual foi o menor entre as faixas (19,8%), nessa associação.

Conforme se observa na tabela 01, de modo geral, os resultados indicam que na associação da adequação das EAB nas subdimensões avaliadas com o IDHM, a exceção da subdimensão de “Organização dos prontuários na UBS”, os maiores percentuais de adequação

das equipes foram encontrados em municípios cujo IDHM estava compreendido entre a faixa de 0,70 a 1, já o menor percentual em municípios com IDHM situado entre 0 e 0,599.

Quanto ao indicador de cobertura da estratégia da família (ESF), observa-se comportamento distinto do encontrado na associação da adequação com o porte populacional e o IDHM. Identificaram-se baixos percentuais de EAB classificadas na faixa de 100% de adequação, com o maior percentual apresentado por equipes localizadas em municípios de baixa cobertura da ESF (0,13%) na faixa de até 56,93%, seguido de 0,07% de EAB localizadas em municípios com cobertura de 100% da ESF. Não foram encontradas equipes adequadas localizadas em municípios cuja cobertura variava entre 56,44 a 99,99% (Fig. 07).

Tabela 01. Adequação do processo de trabalho das EAB do Brasil, segundo características demográficas e indicadores de saúde, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DA EAB						PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA EAB					
		100,0%	%	99,9 ⁺ 80,0%	%	≤ 80,0%	%	100,0%	%	99,9 ⁺ 80,0%	%	≤ 80,0%	%
Regiões Geopolíticas*	Centro-Oeste	453	20,2%	683	30,5%	1104	49%	1289	57,5%	13	0,58%	938	41,9%
	Nordeste	3468	32,2%	3203	29,7%	4097	38%	7795	72,4%	40	0,37%	2933	27,2%
	Norte	554	25,6%	694	32,1%	912	42%	1240	57,4%	4	0,19%	916	42,4%
	Sudeste	4054	40,1%	3626	35,9%	2420	24%	7235	71,6%	20	0,20%	2845	28,2%
	Sul	1682	37,3%	1616	35,8%	1211	27%	3181	70,5%	13	0,29%	1315	29,2%
Porte Populacional (hab.)*	Até 19.112	2710	30,3%	2706	30,3%	3525	39%	6009	67,2%	36	0,40%	2896	32,4%
	19.113 + 146.552	3909	32,8%	3909	32,8%	4085	34%	8187	68,8%	36	0,30%	3680	30,9%
	≥ 146.553	3592	40,2%	3207	35,9%	2134	24%	6544	73,3%	18	0,20%	2371	26,5%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)*	Até 0,599	1451	28,1%	1420	27,5%	2292	44%	3449	66,8%	20	0,39%	1694	32,8%
	de 0,600 a 0,699	2998	32,0%	2863	30,6%	3509	37%	6498	69,3%	38	0,41%	2834	30,2%
	de 0,700 até 1,00	5762	37,8%	5539	36,3%	3943	26%	10793	70,8%	32	0,21%	4419	29,0%
Cobertura da ESF*	Até 56,93%	3285	36,7%	3074	34,4%	2580	29%	6226	69,6%	25	0,28%	2688	30,1%
	de 56,94% a 99,99%	3454	34,1%	3451	34,1%	3224	32%	6916	68,3%	33	0,33%	3180	31,4%
	100%	3472	32,4%	3297	30,8%	3940	37%	7598	70,9%	32	0,30%	3079	28,8%

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	ORGANIZAÇÃO DA AGENDA						ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO					
		100,0%	%	99,9 ⁺ 80,0%	%	≤ 80,0%	%	100,0%	%	99,9 ⁺ 80,0%	%	≤ 80,0%	%
Regiões Geopolíticas*	Centro-Oeste	245	10,9%	124	5,5%	1871	83,5%	267	11,9%	0	0%	1973	88,1%
	Nordeste	1921	17,8%	1057	9,8%	7790	72,3%	2758	25,6%	0	0%	8010	74,4%
	Norte	255	11,8%	165	7,6%	1740	80,6%	260	12,0%	0	0%	1900	88,0%
	Sudeste	1905	18,9%	826	8,2%	7369	73,0%	2026	20,1%	0	0%	8074	79,9%
	Sul	739	16,4%	323	7,2%	3447	76,4%	780	17,3%	0	0%	3729	82,7%
Porte Populacional (hab.)*	Até 19.112	1265	14,1%	676	7,6%	7000	78,3%	1639	18,3%	0	0%	7302	81,7%
	19.113 ⁺ 146.552	1897	15,9%	1060	8,9%	8946	75,2%	2469	20,7%	0	0%	9434	79,3%
	≥ 146.553	1903	21,3%	759	8,5%	6271	70,2%	1983	22,2%	0	0%	6950	77,8%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)*	Até 0,599	717	13,9%	437	8,5%	4009	77,6%	1077	20,9%	0	0%	4086	79,1%
	de 0,600 a 0,699	1520	16,2%	817	8,7%	7033	75,1%	1997	21,3%	0	0%	7373	78,7%
	de 0,700 até 1,00	2828	18,6%	1241	8,1%	11175	73,3%	3017	19,8%	0	0%	12227	80,2%
Cobertura da ESF*	Até 56,93%	1721	19,3%	733	8,2%	6485	72,5%	1938	21,7%	0	0%	7001	78,3%
	de 56,94% a 99,99%	1617	16,0%	881	8,7%	7631	75,3%	1866	18,4%	0	0%	8263	81,6%
	100%	1727	16,1%	881	8,2%	8101	75,6%	2287	21,4%	0	0%	8422	78,6%

Continuação...

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	COORDENAÇÃO DO CUIDADO					
		100,0%	%	99,9+ 80,0%	%	≤ 80,0%	%
Regiões Geopolíticas*	Centro-Oeste	0	0,00%	161	7,2%	2079	92,8%
	Nordeste	5	0,05%	862	8,0%	9901	91,9%
	Norte	0	0,00%	105	4,9%	2055	95,1%
	Sudeste	49	0,49%	2885	28,6%	7166	71,0%
	Sul	6	0,13%	793	17,6%	3710	82,3%
Porte Populacional (hab.)*	Até 19.112	9	0,10%	962	10,8%	7970	89,1%
	19.113 + 146.552	9	0,08%	1198	10,1%	10696	89,9%
	≥ 146.553	42	0,47%	2646	29,6%	6245	69,9%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)*	Até 0,599	0	0,00%	318	6,2%	4845	93,8%
	de 0,600 a 0,699	8	0,09%	821	8,8%	8541	91,2%
	de 0,700 até 1,00	52	0,34%	3667	24,1%	11525	75,6%
Cobertura da ESF*	Até 56,93%	43	0,48%	2264	25,3%	6632	74,2%
	de 56,94% a 99,99%	2	0,02%	1435	14,2%	8692	85,8%
	100%	15	0,14%	1107	10,3%	9587	89,5%

*Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)-2014. Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2010 (disponível em: www.atlasbrasil.org.br).

Características do processo de trabalho-Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014 (BRASIL, 2015a).

Quanto ao indicador de cobertura da estratégia da família (ESF), observa-se comportamento distinto do encontrado na associação da adequação com o porte populacional e o IDHM. Identificaram-se baixos percentuais de EAB classificadas na faixa de 100% de adequação, com o maior percentual apresentado por equipes localizadas em municípios de baixa cobertura da ESF (0,13%) na faixa de até 56,93%, seguido de 0,07% de EAB localizadas em municípios com cobertura de 100% da ESF. Não foram encontradas equipes adequadas localizadas em municípios cuja cobertura variava entre 56,44 a 99,99% (Fig. 07).

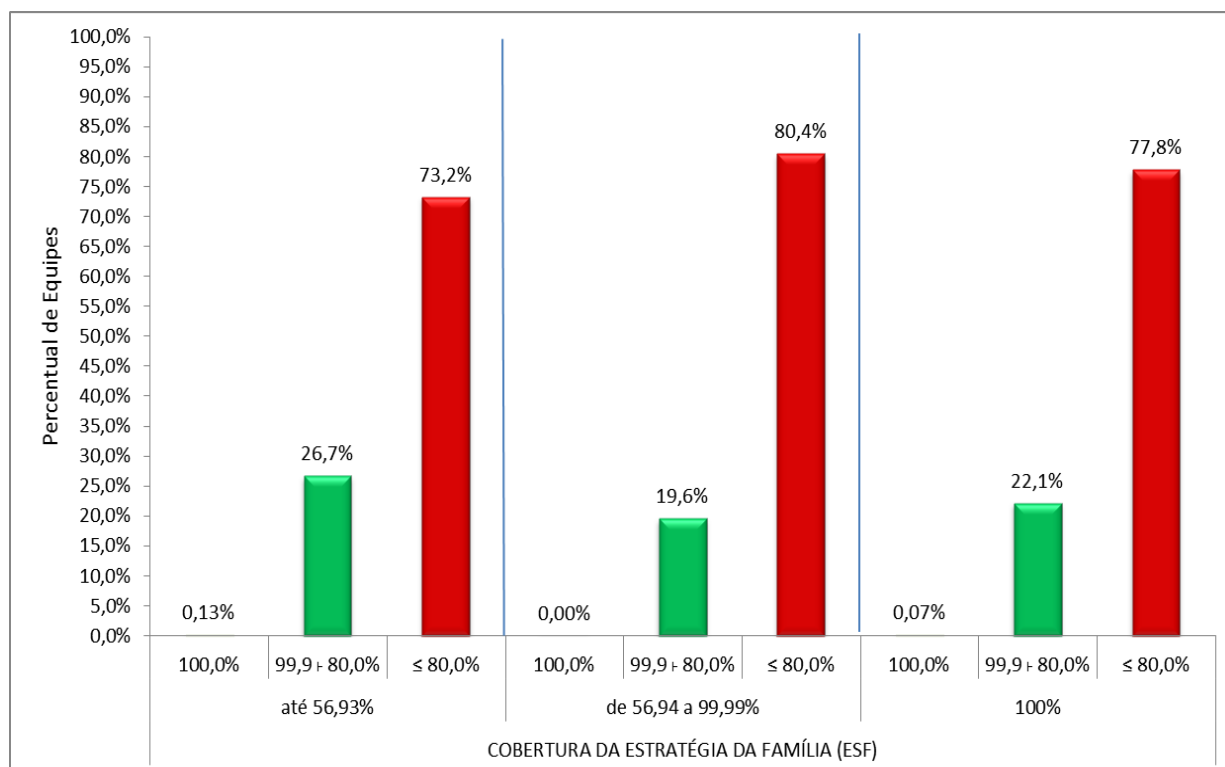


Figura 07. Avaliação da adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica do Brasil, segundo a Cobertura da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2014.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 2, Brasil, 2014. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)- 2014.

Na avaliação da associação dos resultados de cobertura da ESF com as subdimensões que compunham o processo de trabalho na Atenção Básica, observa-se o baixo percentual das EAB classificadas com 100% de adequação nas subdimensões de “População de Referência da EAB” (36,7%), “Organização da Agenda da EAB” (19,3%), “Organização do Prontuário” (21,7%) e “Coordenação do cuidado” (0,48%), localizadas em municípios com baixa cobertura da ESF, na faixa de até 56,93%. Já na subdimensão de “Planejamento das ações da EAB”, o maior percentual de equipes adequadas (70,9%) foram encontradas em municípios com 100% de cobertura da ESF.

De modo geral, os resultados indicam que na associação das subdimensões com a cobertura da ESF, os maiores percentuais de equipes adequadas foram encontrados em municípios com baixa cobertura da ESF, conforme identificado na tabela 01.

7 DISCUSSÃO

7.1 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL

Para a análise das subdimensões que representam a “Gestão do Processo de Trabalho das equipes na Atenção Básica” foram utilizados estudos com foco na avaliação da organização da AB ou do processo de trabalho das EAB. Nelas, o desempenho foi atribuído a partir do percentual de atividades realizadas pelas equipes de saúde.

Os resultados mostram que apenas 34,29% das EAB do Brasil classificadas como adequadas realizaram ações de territorialização e mapeamento avaliadas na subdimensão de “População de referência da equipe de AB”. A territorialização como item de avaliação no questionário do PMAQ-AB limita-se principalmente à sua concepção topográfica, como um processo de criação de territórios para a adscrição de clientela. Em síntese, determina o limite de atuação das equipes e a população sob sua responsabilidade. Outro elemento de análise desta subdimensão é a cartografia, elemento de representação gráfica dos territórios em forma de mapas de atuação das equipes.

Curiosamente essa subdimensão apresentou um baixo percentual de equipes adequadas no que se refere a 100% de realização de atividades de territorialização e adscrição de usuários, tendo em vista que esta é uma condição básica e necessária para que as EAB possam estabelecer parâmetros e limites de área topográfica sob sua responsabilidade, ampliando a capacidade de acesso da população adscrita aos serviços de AB, além de estabelecer relações de vínculo terapêutico entre os usuários e os profissionais da AB.

Além do mais, a visualização do território subsidia o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de permitir uma melhor focalização dos problemas do espaço, facilitando o reconhecimento das necessidades e o planejamento adequado das ações em saúde direcionadas ao território de abrangência (ROSELLINE et al., 2008).

De acordo com Pereira e Barcellos (2006) a territorialização é um elemento básico no trabalho das EAB da ESF e esse processo envolve três ideias diferentes: 1. Demarcação física dos limites da área de atuação das equipes; 2. Reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e 3. Estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Considerando os resultados encontrados na perspectiva das diferenças regionais de adequação das EAB nesta subdimensão, identificou-se apenas no estudo de Facchini et al.

(2006) que 98% das equipes do PSF das regiões Sul e Nordeste possuíam área geográfica definida e mapa, corroborando com um dos melhores perfis de adequação encontrado neste estudo nas equipes localizadas nos municípios da região Sul (37,3%), mas com destaque principal apresentado pelo Sudeste (40,1%).

A PNAB define como característica do processo de trabalho das EAB “Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes” (BRASIL, 2012, p.40) e como atribuição comum aos profissionais da AB: “Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012, p.43).

O MS (BRASIL, 2008) considera a territorialização uma diretriz para a organização das redes de saúde. Mas diz também que esse processo é importante para conhecer a população adscrita. Mais recentemente, com a Portaria de N° 4.279/MS de 30 de Dezembro de 2010, o MS estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que define como atributo essencial para o funcionamento da RAS a definição de população e territórios por meio do conhecimento das necessidades e preferências da população, tomando como entendimento de que a população adscrita define o território e o mesmo indica a porta de acesso desta à rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Observa-se a ênfase prescritiva do MS sobre o trabalho das EAB na PNAB, por meio da definição de território para adscrição de clientela e atuação dos serviços, mas sem de fato se preocupar com o mesmo nem com a compreensão de seus múltiplos sentidos. É nessa perspectiva que se desdobram as reflexões sobre essa subdimensão, uma vez que a tendência das políticas ministeriais é direcionar o trabalho das equipes de saúde. No entanto, a territorialização é compreendida no contexto do processo de trabalho como uma prática técnica e burocrática.

Segundo Pessoa et al. (2013), as próprias políticas de AB condicionam a organização do trabalho das EAB para a realização de ações centradas na demanda programática. Isso contribui para que os profissionais não incorporem na prática de saúde as dimensões do trabalho e do ambiente embasados na lógica ampliada do território e de suas relações.

Essa lógica se contrapõe também ao conceito de território-espço, definido por Mendes (2009). Para o autor, o conceito vai além do entendimento do espaço físico do território, onde a territorialização é considerada uma técnica importante para conhecer a população, sobretudo as reais necessidades de saúde e condições de vida da mesma.

Mas esse espaço (território) político e operativo do SUS precisa ser visto como um espaço dinâmico, passível de interação entre a população e os serviços de saúde. Esse conhecimento da área de abrangência deve transcender para além de um simples recorte topográfico (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Deste modo, alguns movimentos de ruptura de conceitos de território para além dos seus limites físicos têm despertado o interesse de geógrafos no contexto de saúde brasileiro, mas especificamente na AB (GONDIM; MONKEN, 2008).

Estudos como de Faria (2012, 2013) e Faria & Bortolozzi (2013) trazem à tona importantes reflexões sobre a territorialização. Eles apontam nós, críticas e sugestões para a melhoria desta prática, a exemplo da necessidade primária das equipes de saúde de conhecer a população, suas especificidades e os “perfis do território” para posteriormente definir os territórios de abrangência e organizar os serviços para a população. O território não pode existir antes das relações sociais. É preciso conhecê-lo para delimitá-lo. Mas a própria proposta de territorialização do MS condiciona os serviços e as EAB a esse processo.

As EAB precisam englobar no cotidiano do processo de trabalho o entendimento sobre o território como um espaço social em contínua transformação, base para o planejamento de ações em saúde cada vez mais condizentes com o perfil da população. O desconhecimento da dinâmica comportamental, sanitária, demográfica, cultural e epidemiológica da população cadastrada, produz como resultado um planejamento local de saúde fragmentado e desarticulado das necessidades sociais da população de um território (FARIA, 2013).

Há de se considerar uma necessidade de um melhor direcionamento do próprio MS para a condução do processo de territorialização pelas EAB, uma vez que essa desarticulação do trabalho com a realidade local do território promove barreiras de acesso e implica na qualidade de atenção à saúde.

Partindo do pressuposto de que o território precisa ser compreendido pelas relações que o envolve, Santos & Rigotto (2011) consideram importante o conhecimento pelas EAB sobre as condições naturais e ambientais que caracterizam o território. O ambiente influi no processo saúde e doença da população. Cabe também ao conhecimento das equipes aspectos sobre o processo produtivo, os modos de ocupação do território, povoamento, as relações do ambiente com a saúde dos trabalhadores e moradores e os múltiplos impactos com a saúde da população.

Na pesquisa qualitativa de Pessoa et al. (2013), pôde-se observar o desconhecimento dos profissionais da AB sobre aspectos importantes sobre o território como a forma de

povoamento, os fluxos migratórios, a formação comunitária, as mudanças ambientais etc. Com a proposta de construção de um mapeamento participativo com a integração de diversos atores residentes no município de Quixeré-Ceará (profissionais da atenção básica, usuários do SUS, trabalhador rural, conselheira municipal, vereador residente no município auxiliar de serviços gerais, professora da escola local e representantes dos movimentos sociais) que extrapolasse a concepção de um mapeamento territorial burocratizado pelas EAB, os autores desempenharam a função de facilitadores de uma construção crítica e reflexiva pelos sujeitos envolvidos, sobre as relações do trabalho e do ambiente e os impactos produzidos no processo saúde-doença daquela localidade.

A experiência trazida pelo estudo de Pessoa et al. (2013) desperta para mais que uma nova possibilidade de construção dos mapas do território, capaz de proporcionar uma atividade a ser redescoberta pelas próprias EAB com vistas a garantia de acesso e de um planejamento de ações cada vez mais condizentes com a dinâmica de um território vivo.

Na subdimensão de “Planejamento de ações pelas equipes de atenção básica”, 69,65% das EAB do Brasil apresentaram 100% de adequação nos itens avaliados, o melhor desempenho encontrado quando comparada as outras subdimensões que avaliaram o processo de trabalho.

Embora o planejamento de atividade seja uma característica necessária ao processo de trabalho das EAB conforme estabelecido na PNAB, estudos como o de Sarti et al. (2012) identificaram o pouco interesse por esta atividade até mesmo em pesquisas com enfoque na avaliação do uso de ferramentas de planejamento das ações pelas EAB. Há de se primar que na perspectiva de reorientação da atenção básica a partir da ESF, os serviços de AB devem se organizar para atender as necessidades e demandas reais de saúde da população por meio de mecanismos de planejamento de ações com base no uso de informações e indicadores de saúde.

Mesmo diante desta necessidade em planejar as ações da equipe para direcionar a prática do cuidado, alguns estudos apontam sobre a persistência da organização dos serviços e processos de trabalho distantes da proposta da ESF. Há baixa incorporação do planejamento no cotidiano de trabalho das equipes, identificados a partir de: dificuldades de interação entre profissionais de saúde e com os usuários, amplas relações de poder nas EAB, planejamento incipiente de ações centradas nos principais problemas de saúde da população adscrita e baixa utilização de informações e de indicadores de saúde para o planejamento em saúde (SILVA; TRAD, 2005; SARTI et al., 2012; OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011).

Corroborando com os achados desta pesquisa, os estudos de Cruz et al. (2014), Garcia et al. (2014) e Medrado et al. (2015) identificaram que as equipes incorporam a ferramenta do planejamento de atividades satisfatoriamente no cotidiano do processo de trabalho, por meio das ações de reuniões de equipe, monitoramento e análise de indicadores de risco e vulnerabilidades, além da incorporação dos mecanismos de autoavaliação no planejamento e organização do processo de trabalho das equipes.

No estudo de Garcia et al. (2014) identificou-se que 88,6% das equipes da região Sul declararam realizar atividades de planejamento e o menor percentual foi encontrado na região Norte com 82,8%. Conforme observado no presente estudo, os melhores percentuais de equipes adequadas na subdimensão de planejamento de ações da EAB foram encontradas nas regiões do Nordeste (72,4%), Sudeste (71,6%) e Sul (70,5%), e o pior perfil de adequação de equipes localizadas na região Norte (57,4%), corroborando com um dos principais resultados apresentados por Garcia et al. (2014).

Estudos de nível local, como o realizado na cidade de Manaus a partir da perspectiva da análise das práticas de saúde centradas na família, identificaram a ausência de diagnóstico situacional realizado pelas equipes, inviabilizando o planejamento de atividades direcionadas aos problemas de saúde deste território, apresentando uma AB distante da realidade e do contexto de saúde da população manauara (SILVA, GIOVANELLA, MAINBUORG 2014).

No que diz respeito ao melhor perfil de adequação das equipes com base no porte populacional e na cobertura da ESF, o estudo de Sarti et al. (2012) observou que as atividades de planejamento e programação das ações de saúde presentes nas equipes têm pouca influência da alta cobertura da ESF, embora quando associando os resultados ao baixo porte populacional, as equipes executassem melhor as atividades de planejamento, indo ao encontro dos resultados de adequação encontrados nesta pesquisa, tendo os melhores resultados apresentados pelas equipes localizadas em municípios populosos (0,03%) e em municípios com elevada cobertura da ESF (70,9%)

Alguns impactos no acesso e na qualidade da atenção a saúde podem ser observados no trabalho das equipes que executam de forma incipiente o planejamento e a programação de ações, como observado no estudo de Garnelo et al. (2014). O predomínio da assistência estava centrado na demanda espontânea, individual e curativa, com prejuízos na demanda programada, comprometendo o vínculo e a responsabilização das equipes com os usuários necessitados de cuidados contínuos.

Outro aspecto que pode ter relação com a melhoria das atividades de planejamento é o próprio processo avaliativo do PMAQ-AB. Sua fase de Reconstrução é caracterizada

pela definição de novos padrões e indicadores de saúde pelas equipes e municípios participantes do PMAQ-AB, demarcando o fim e o reinício de um ciclo avaliativo. Essa atividade permite às equipes a utilização de dados de um ciclo anterior, no caso do primeiro ciclo, para instituir mudanças na organização do processo de trabalho com a expectativa de produzirem melhores resultados em um novo ciclo de avaliação. (BRASIL, 2013a)

Embora a pesquisa do PMAQ seja recente e apenas dois ciclos de avaliação tenham sido finalizados, Canto (2014) identificou que mesmo com as fragilidades do programa as equipes de atenção básica estão produzindo movimentos de mudanças internas com o crescimento gradativo das atividades de planejamento e programação de ações semanalmente e das atividades de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. Isso ocorre principalmente nas regiões geopolíticas do Centro-Oeste e do Norte, identificadas neste estudo como as regiões que apresentaram o menor perfil de adequação das EAB na subdimensão de “Planejamento das Ações das equipes”.

No que tange à importância do uso de ferramentas de autoavaliação para as melhorias no processo de trabalho das equipes, favorecendo uma prática reflexiva das próprias EAB, observa-se em estudos um melhor desempenho das equipes quando realizam o planejamento de ações por meio da identificação de problemas e definição de prioridades para o cuidado (SARTI et al., 2012; MEDRADO et al., 2015; CRUZ et al., 2014).

Quanto à “Organização da agenda da equipe de Atenção Básica”, apenas 17,1% das EAB do país realizaram a prática adequadamente. Esse baixo desempenho é compatível com a real dificuldade enfrentada pelos gestores e profissionais de saúde no que tange a organização de atividades na agenda das equipes de saúde.

Essas principais dificuldades encontram-se no rol de agendas fechadas e pré-definidas, centralizadas na demanda programada e no atendimento de grupos prioritários, com demandas fixas sem o redirecionamento da oferta de serviços e/ou consultas à demanda espontânea. Além do mais, cabe também às equipes dispor de vagas na agenda para a resolutividade de casos agudos que necessitam de atendimento no mesmo dia da procura pelo serviço (ESPMG, 2010; JESUS et al., 2016).

A insuficiência da organização da agenda das equipes identificadas neste estudo vai ao encontro das recomendações do MS para que a agenda não seja definida exclusivamente para o atendimento de grupos prioritários, assim como por patologias, sexo e ciclos de vida (BRASIL, 2012).

De modo mais amplo, os estudos que avaliaram a agenda de trabalho das EAB como elemento importante no processo de trabalho na AB, identificaram principalmente a

disponibilidade de vagas na agenda para atendimento a demanda espontânea, agendamento de consultas especializadas e organização da agenda para as atividades de visita domiciliar, atividades comunitárias, planejamento e capacitação (FAUSTO et al., 2014; GARNELO et al., 2014; MEDRADO et al., 2015; CASSOTI et al., 2014; MELO et al., 2016).

Considerando a demanda espontânea como um dos elementos de escopo de atividades na organização da agenda de trabalho das equipes, além de um fator que caracteriza a AB como serviço de primeiro contato, estudos como o de Lima, Giovanella & Fauto (2016) e Fausto et al. (2014) identificaram a prática regular de reserva de vagas na agenda de das EAB para o atendimento aos usuários no mesmo dia da procura pelo serviço para grupos não integrantes dos programas de saúde. Destaque para as regiões de alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Sudeste, Sul, Centro-Oeste), corroborando com os achados deste estudo com destaque regional principalmente para as equipes da região Sudeste (18,9%).

Em contrapartida, as dificuldades para o atendimento da demanda espontânea e a grupos não-prioritários foram observadas na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários em um estudo realizado em quatro grandes centros urbanos do país, dificultando o papel da AB como porta de entrada ao serviço centrada no atendimento a demanda programada (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Curiosamente nos chamaram a atenção as controvérsias entre as subdimensões de “Planejamento das atividades das equipes” e “Organização da agenda das equipes”. Na primeira, observou-se um dos melhores perfis de adequação das EAB do Brasil, em contrapartida na seguinte um baixo perfil de adequação das equipes. Sabe-se que as EAB devem planejar suas ações com base na avaliação de riscos e vulnerabilidades da população com a pactuação dessas ações na agenda de trabalho da equipe. Ao tentar inferir essas diferenças, pergunta-se: “As equipes têm realizado atividades de planejamento sem a pactuação na agenda de trabalho”?

Apesar dessa pergunta não ser claramente respondida no presente estudo, revelam-se importantes incongruências no processo de trabalho das equipes. Há um planejamento de atividades e ações da equipe não pactuado no rol de agendas possivelmente fechadas e pré-definidas na AB.

A “Organização do prontuário” é uma das subdimensões que apresentou um dos piores perfis de adequação das EAB do Brasil (20,46%). A análise dessa subdimensão como componente das características do processo de trabalho, contempla especificamente os itens

de avaliação da organização dos prontuários por núcleos familiares de acordo com o manual da etapa de avaliação externa do PMAQ-AB.

Esse desempenho das EAB apresentado nessa subdimensão revela a incipiência do uso de prontuário familiar no contexto do trabalho na AB, sendo controverso aos achados das pesquisas de Carneiro et al. (2014) e Sarti et al. (2012). Nesses trabalhos, verificou-se que o uso do prontuário familiar é presente no trabalho das equipes de saúde. Já a pesquisa de Silva, Giovanella, Mainbourg (2014) revela o uso do prontuário individual prevalecendo ao uso do prontuário familiar no trabalho das EAB.

O padrão de referência definido pelo MS é o de que a organização dos prontuários seja por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção à saúde da família (BRASIL, 2009). Segundo Silva, Giovanella e Mainbourg (2014) é imprescindível ao princípio da integralidade a organização do prontuário por família, reunindo todas as informações necessárias sobre os membros da família.

Assim, os achados desta pesquisa mostram o baixo percentual de equipes que contemplam os 100% de adequação do processo de trabalho nessa subdimensão. Isso pode estar relacionado principalmente com a própria dinâmica de organização dos prontuários nas UBS. Embora o MS defina preferencialmente a organização dos prontuários por núcleos familiares, há estudos e manuais que consideram como opções de organização por microáreas de abrangência, por ordem alfabética, numérica, por cores ou de acordo com o processo interno de trabalho das equipes, além da organização por sistemas de arquivamento de prontuários individuais (MINAS GERAIS, 2007; SANTOS; FERREIRA, 2012).

Autores como Thomé, Remédio & Cassares (2010) trazem reflexões importantes sobre a organização dos prontuários, incluindo a qualidade da matéria-prima, as condições ruins de armazenamento dos prontuários em gavetas e o arquivamento por pastas, que favorecem a deterioração podendo comprometer a qualidade dos registros e informações.

O mais importante nessa análise traz questões sobre os impactos produzidos com a baixa adequação da organização dos prontuários nas condições de saúde das famílias e coletividades. Portanto, o conteúdo informacional dos prontuários é de mais valia como ferramenta disparadora para esta discussão.

Nesse sentido, a pesquisa de Vasconcellos et al. (2008) reforça a importância do registro e da qualidade de informação do prontuário na atenção básica. Identificou-se a má qualidade dos registros principalmente de aspectos sociais, como: situação familiar, escolaridade e ocupação, além da precariedade de registros de informações nos prontuários.

Outro aspecto importante sobre o uso inadequado das informações dos prontuários apontado no estudo de Chase, Giovanella e Mainbourg (2014) é a falta de cruzamento das informações entre os registros dos indivíduos de uma mesma família até nas situações em que o agravo/doença afetava mais de um membro da família.

Esse desvencilhamento do indivíduo do seu contexto familiar e social é sustentado também pelo estudo de Santos & Ferreira (2012). Eles analisaram o prontuário da família na perspectiva da coordenação do cuidado a partir de suas características estruturais e processuais, onde identificou a baixa integração no uso dos prontuários individuais e familiar no cotidiano de trabalho das equipes, desconfigurando, assim, o modelo de AB proposto pela atuação de equipes de ESF.

A baixa adequação dessa subdimensão apresentada pelas EAB do Brasil pode ser explicada também pelo escasso uso do prontuário familiar no trabalho das equipes e, sobretudo, pelos reflexos do pouco uso do mesmo na compreensão de aspectos sociais na saúde dos indivíduos, apresentando uma AB com foco individual, por vezes curativa, não assertiva no seu papel de atenção centrada no indivíduo, na família e na coletividade.

Outro fator que pode ter influenciado diretamente na inconsistência da organização dos prontuários das EAB impactando negativamente na avaliação dessa subdimensão é o processo de transição dos sistemas de informação na atenção básica. Ele ocorreu no período do 2º ciclo do PMAQ-AB entre os anos de 2012 e 2014, época em que gradativamente o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) veio sendo substituído pelo novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica de acordo com a Portaria N° 1.412 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c).

Quanto à “Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde e resolutividade”, nota-se o baixo percentual de adequação das EAB (0,20%) nessa subdimensão. É apresentado o pior perfil geral quando comparado com as subdimensões que avaliaram o processo de trabalho na atenção básica.

Em um sistema de saúde marcado por intensa fragmentação do cuidado, a instituição das RAS para a integração de serviços e ações de saúde foi uma estratégia necessária para dar conta de importantes desafios sanitários no contexto de saúde brasileiro. Não esqueçamos que é um sistema em que se tem que se deparar com o perfil epidemiológico da tripla carga de doenças (infecciosas, parasitárias, desnutrição), com alta taxa de mortalidade por causas externas e reprodutivas, agudização de doenças crônicas e fatores condicionantes ao desenvolvimento de doenças crônicas (MENDES, 2009).

É nesse contexto que a implantação das RAS coloca a APS como o centro de comunicação e como coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção. Segundo Mendes (2010), em sistema de saúde fragmentado há ausência de comunicação da APS com os níveis secundário, terciário e com os sistemas de apoio. Nesse tipo de sistema a APS não há como exercer o papel de coordenadora do cuidado e nem de ordenadora dos fluxos em rede.

Para Mendes (2009), a coordenação do cuidado é “como a articulação entre os serviços de saúde de modo sincronizado e articulado com a finalidade de garantir um cuidado contínuo do indivíduo em qualquer ponto da rede de assistência”.

De acordo com a PNAB, é uma função das RAS “coordenar o cuidado por meio da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado. Esses dispositivos incluem listas de espera, encaminhamentos para consultas especializadas, exames e procedimentos, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado” [...] (BRASIL, 2012, p.26).

É nesse aspecto que os itens do PMAQ-AB avaliaram a subdimensão da coordenação do cuidado a partir da relação dos elementos que a integram. Dentre esses elementos estão a continuidade informacional (comunicação entre AB e AE), o ordenamento dos fluxos assistenciais (protocolos, encaminhamentos) e o acesso às consultas/exames especializados.

Estudos avaliativos confirmam o baixo percentual de EAB que executam adequadamente as atividades de coordenação do cuidado neste estudo e têm demonstrado a dificuldade da AB em coordenar e ordenar a rede de serviços de saúde brasileira (IBAÑEZ et al., 2006; FAUSTO et al., 2014; ALMEIDA; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2010; FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016; PROTÁSIO et al., 2014; BOUSQUAT et al., 2017; ALELUIA, 2014).

O baixo desempenho das equipes apresentado nessa subdimensão é apoiado por vários estudos brasileiros. Nesses estudos, foram evidenciadas as falhas da AB em garantir o ordenamento de fluxos assistenciais e a continuidade da assistência, marcados pela ausência de protocolos de diretrizes terapêuticas para grupos prioritários, baixa comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada, rotatividade dos profissionais, baixa capacidade de filtro da AB, uso incipientes de prontuários eletrônicos nos serviços de saúde, precarização dos sistemas de informação e deficiência nos fluxos de referência e contrarreferência (ALMEIDA; GIOVANELLA; MENDONÇA 2010; ALELUIA, 2014; MAGALHÃES-JÚNIOR; PINTO, 2014; PROTASIO et al., 2014; LIMA, 2016; GIOVANELLA, 2014; GONÇALVES et al., 2013; BOUSQUAT et al., 2017).

No estudo de Fausto et al (2014), a forma mais comum de agendamento de consultas especializadas pelas equipes foi a marcada pela própria UBS e informada posteriormente aos usuários (61%). A menos comum foi o agendamento era realizado pelo próprio usuário a partir das fichas de encaminhamento (35%). Sobre os mecanismos de comunicação e ordenamento de fluxos, as equipes de saúde da família informaram dispor de protocolos de orientação e priorização de casos para a consulta especializada (43%), haver fluxo de comunicação entre AB e AE (50%) e o instrumento mais citado foi a ficha de referência e contrarreferência (83%). Sobre a continuidade da informação, 14,2% das equipes do Brasil referiram dispor de prontuário eletrônico e apenas 11,1% destes estão integrados aos outros pontos de atenção.

Estudos revelam dificuldades de continuidade informacional, apontando o uso incipiente de prontuários eletrônicos nos serviços de atenção básica, comprometendo o acesso às informações entre os diversos pontos de atenção da RAS (LIMA, 2016; PROTÁSIO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2013).

Comparativamente aos entraves observados em estudos brasileiros, observam-se as recorrências das falhas de integração dos serviços no sistema de saúde da Espanha que comprometem significativamente a coordenação do cuidado, com baixa cooperação entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada (AE) e conhecimento insuficiente de profissionais atuantes na AE sobre o processo de trabalho na AB (ALMEIDA et al., 2013).

Ao avaliarmos a adequação das EAB considerando o porte populacional e a região geopolítica, estudos como o de Fausto et al. (2014) identificou que o maior percentual de respostas positivas sobre a realização de atividades de coordenação do cuidado era das EAB localizadas em municípios de elevado porte populacional. Já o estudo de Lima (2016) sobre avaliação dos atributos da atenção primária identificou que o atributo coordenação do cuidado apresentou o pior desempenho, porém as equipes das regiões com maior desenvolvimento socioeconômico (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) apresentaram os melhores resultados. Ambos os estudos confirmam os achados desta pesquisa, revelando melhores percentuais de adequação das EAB localizadas em municípios populosos (0,47%) e na região Sudeste (0,49%)

Diferentemente da incapacidade de coordenação do cuidado da AB no contexto de saúde brasileiro, o estudo de Davis et al. (2014) comparou o desempenho do sistema de saúde dos Estados Unidos com o de outros países, constatando o melhor perfil internacional atribuído ao Reino Unido na categoria de coordenação do cuidado. Países como a França, Nova Zelândia e Suíça apresentaram uma atenção primária com comunicação eficaz entre os

serviços de AB e AE. A maioria dos médicos da atenção primária recebiam informações dos pacientes atendidos em unidades de saúde especializadas. Observa-se também que os pacientes americanos recebiam com maior frequência um plano de cuidados escrito após a alta e o direcionamento de contato com o profissional após a alta.

Embora a coordenação do cuidado seja definida como um atributo essencial da AB, o cumprimento dessa função ainda é uma tarefa de difícil execução pelas EAB. Neste estudo, sob a ótica da avaliação da adequação das EAB, pode-se inferir que a AB se apresenta como frágil, fragmentada, pouco resolutive, com sistemas de encaminhamentos e comunicação incipientes, incapaz em coordenar e ordenar a rede de atenção à saúde.

Estudos como o de Aleluia (2014) apontam sobre os principais mecanismos para a melhoria da coordenação do cuidado na AB. Isso pode ser feito por meio da implantação de organismos reguladores das filas de espera, da implantação de prontuário único informatizado, da padronização de condutas e rotinas de trabalho para a definição de fluxos/encaminhamentos, da implantação de tecnologias de comunicação capazes de produzir melhoria na comunicação entre profissionais da AB e AE e da participação dos usuários na definição de condutas em protocolos de manejo clínico das doenças crônicas.

Estudos evidenciam que uma AB ordenadora e coordenadora do cuidado é capaz de reduzir os custos com a saúde, promover a continuidade assistencial e reduzir internações por condições sensíveis a AB (MCDONALD, 2007; MATINEZ; NAVARRETE; LORENZO, 2009).

Magalhães-Júnior & Pinto (2014) por meio da avaliação da coordenação do a partir dos dados do PMAQ-AB trazem à tona importantes reflexões sobre o papel da AB na ordenação e coordenação do cuidado. Os autores consideram essa função a ser executada por todos os serviços de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas da população de um território. Além de questionamentos sobre a incapacidade da AB ser responsável pela ordenação e coordenação do cuidado em rede.

Giovanella (2014), em seu artigo de reflexão sobre o estudo de Magalhães-Júnior & Pinto (2014), refuta que o papel insuficiente da AB na coordenação e ordenação do cuidado não pode ser entendido como verdade absoluta. O texto sustenta os argumentos dos autores de que os serviços de saúde da AB participam da coordenação sem a função de ordenar, e que a ordenação da rede a partir da APS implica na organização e integração do sistema de saúde, com territorialização e definição dos serviços de AB como porta de entrada preferencial, com função de filtro para acesso à atenção especializada.

A avaliação dessa subdimensão reafirma a dificuldade da AB em controlar as demandas de cuidado de pacientes encaminhados a outros níveis de complexidade já comprovada em outros estudos avaliativos, desvelando a insuficiência das EAB do Brasil em utilizar dispositivos de ordenamento de fluxos e contrafluxos.

7.2 ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DO BRASIL SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SAÚDE

É conspícuo neste estudo as diversidades no processo de trabalho das EAB distribuídas no território brasileiro, revelando importantes condições de desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde da AB. A estas diferenças pode-se atribuir as especificidades dos municípios, a influência do porte populacional, IDHM e cobertura da ESF.

Ao avaliar o processo de trabalho das EAB segundo as regiões geopolíticas percebe-se a melhor adequação das equipes do Sudeste e do Nordeste na maioria das subdimensões avaliadas (Tabela 01). Em contrapartida, as equipes das regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais de adequação. Essas dessemelhanças de adequação das EAB sinalizam importantes desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre regiões e municípios brasileiros (SILVA; BACHA, 2014; POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017). Outro aspecto que pode ter relação com as diferenças de acesso à saúde nas regiões brasileiras é a forte influência do local de residência e da condição socioeconômica. As pessoas com menores condições socioeconômicas e moradoras de regiões menos desenvolvidas têm menor acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Essas diferenças são perceptíveis no contexto de saúde dos grandes centros urbanos, onde o investimento na AB é precário, com maior aplicação de recursos e força de trabalho na média e alta complexidade (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

Os melhores resultados de adequação foram encontrados no Nordeste. Estudos evidenciam fortemente a presença da ESF em regiões pobres, desassistidas e de alta vulnerabilidade social, onde há menor concentração de renda, maiores investimentos na AB e maiores coberturas da ESF (ANDRADE et al., 2013; FACCHINI et al., 2006; DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015; POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017). Esses maiores incentivos de fortalecimento da atenção básica em regiões empobrecidas têm contribuído para a redução

das desigualdades em saúde e de acesso aos serviços de saúde (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Já um dos piores percentuais de adequação das equipes foi encontrado na região Norte. Suas particularidades próprias comprometem de modo significativo o acesso dos usuários aos serviços de AB. Esses fatores possuem maiores relações com as especificidades geográficas da região, caracterizada como distante das outras regiões desenvolvidas do país, isolada geograficamente, com baixa capacidade da rede de serviços, com presença dos serviços de média e alta complexidade situados somente nas capitais, com elevada rotatividade de profissionais e um baixo repasse de recursos financeiros (SIVA; BACHA, 2014; VIANA et al., 2009).

Estudos do PMAQ-AB que avaliaram a atenção ao pré-natal na atenção básica, ações de saúde da mulher na atenção básica e a estrutura e o processo de trabalho no contexto da prevenção do câncer de colo de útero identificaram melhores resultados de adequação em equipes localizadas em municípios de elevados porte populacional e IDHM (GUIMARÃES, 2016), com o pior destaque regional para o Norte (BEZERRA, 2016; TOMASI et al., 2015; TOMASI et al., 2017) e para o Centro-Oeste (TOMASI et al., 2015; TOMASI et al., 2017) com padrão semelhante encontrado no presente estudo.

Em relação ao melhor percentual de adequação das EAB em municípios de elevado IDHM, observa-se o comportamento proporcional a variável de elevado porte populacional. Os municípios populosos concentram maior renda per capita e maiores investimentos na saúde, logo maiores proporções de IDHM (TOMASI et al., 2015; TOMASI et al., 2017).

No que concerne a melhor proporção de EAB adequadas em municípios com elevado nível populacional e com baixa cobertura de ESF, pode-se inferir sobre a relação direta dessas variáveis com o processo de expansão e consolidação da ESF. Inicialmente, quando o PSF foi instituído, direcionava-se principalmente para os municípios de pequeno porte, com baixo IDHM, culminando com as maiores proporções de cobertura (BRASIL, 2005c; HENRIQUE; CALVO, 2009). Possivelmente o desempenho das equipes identificado neste estudo, explica-se em decorrência dos incentivos para a expansão e consolidação da ESF nos municípios de elevado porte populacional onde são observados maiores investimentos na saúde principalmente na média e alta complexidade.

Às dificuldades de expansão da ESF em municípios populosos somam-se outros fatores que têm contribuído para a baixa cobertura de ESF. São fatores como aglomeração urbana, expansão em tempos desiguais, diversidade nos modelos de atenção básica, infraestrutura deficiente, baixa cobertura populacional, alta rotatividade de médicos, novos

padrões de consumo em saúde, desarticulação da ESF com outros níveis de assistência, fragilidades nos sistemas de referência e contrarreferência, baixo acesso dos usuários aos serviços de saúde e presença de agravos ou doenças específicas das grandes cidades (CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002; CARNEIRO-JÚNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; SOUZA et al., 2000; FAUSTO et al., 2014; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Estudo com base na comparação de resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) e com outros dados administrativos do MS identificou que a maior proporção de domicílios cadastrados em unidade básica de saúde da família (UBSF) era na região Nordeste (64,7%) e a menor proporção no Sudeste (46,0% e 48,3%) (MALTA et al., 2016). Essas diferenças de cobertura indicam de fato a maior presença da ESF em áreas mais carentes como o Nordeste e a menor cobertura em centros urbanos como no Sudeste, sendo esta última região a que apresentou de modo geral o melhor percentual de equipes adequadas (tabela 01).

Os achados neste estudo também podem inferir que problemas como elevada densidade populacional tem relação direta com os impactos na cobertura e no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Há um quantitativo elevado de pessoas desassistidas ou uma expressiva parcela da população sobrecarregando as EAB, contrariando o quantitativo médio de 3.000 pessoas e o máximo de 4.000 pessoas por equipe de saúde de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012a).

Apesar da ESF não oferecer cobertura a todo o território brasileiro, observa-se ampla expansão desde a sua implantação em 1994. Dados demonstram aumento significativo atingindo 38% de cobertura em 84% dos municípios brasileiros no ano de 2004. Após 20 anos desde a sua implantação, em 2014 mesmo ano do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB, já foram implantadas 39.210 equipes de saúde da família em 5.465 municípios, o proporcional a 62,48% de cobertura (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

Mesmo com os avanços para a expansão e consolidação da ESF no território brasileiro, ainda persistem importantes barreiras de acesso à saúde. Os achados deste estudo remetem à dúvida sobre se de fato a ESF foi capaz de garantir a mudança do modelo assistencial em saúde ou se a mesma vem se consolidando apenas como uma proposta de expansão e cobertura governamental.

7.3 REFLEXÕES LIVRES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Poucas subdimensões apresentaram perfil de EAB classificadas com 100% adequação. De modo geral, o processo de trabalho das equipes do Brasil demonstrou-se incipiente, frágil, fragmentado, distante dos princípios e diretrizes da PNAB, com a maior proporção de EAB parcialmente adequadas com menor valor ou igual a 80% de adequação (77,32%). Diante dessa insuficiência do trabalho no contexto das EAB, traçamos importantes reflexões que podem ter sido mecanismos indutores ou condutores para os resultados aqui apresentados.

Sabe-se que no contexto da atenção básica o trabalho em equipe é uma ferramenta indispensável à melhoria da qualidade da atenção. Com a ampliação do objeto de cuidado para o indivíduo, a família e a coletividade tem aumentado a necessidade de mudanças cada vez mais exigentes na organização do trabalho.

A ampliação do modelo para além do cuidado centrado na clínica e no indivíduo, exige a incorporação de diversos saberes. A complexidade do cuidado demanda que cada profissional desempenhe o seu papel em um processo de trabalho coletivo, cujo produto final seja produto de um trabalho integrado, articulado e resolutivo (SILVA; TRAD, 2005; CIAMPONE & PEDUZZI, 2000; PEDUZZI & CIAMPONE, 2005).

A atuação de uma equipe multiprofissional na atenção básica é uma realidade exigida. No entanto, ainda está presente nesse contexto a fragmentação do cuidado com ênfase no trabalho médico, representando a valorização desse profissional e a inversão da proposta da ESF na conversão de modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Costa et al. (2014) constataram a partir do diálogo dos profissionais de saúde a valorização do médico, evidenciado as impressas relações intrínsecas de poder no âmbito do processo de trabalho das equipes, comprometendo a integralidade da assistência e a relação de complementariedade entre os profissionais.

Embora o trabalho multiprofissional seja um elemento fundamental para a mudança de paradigmas assistenciais, Campos & Malik (2008) afirmam que a permanência de médicos e enfermeiros na ESF ainda é considerada um dos fatores mais importantes para a efetividade da atenção básica.

A interação entre médicos e enfermeiros na atenção básica é bastante presente, uma vez que essas duas categorias produzem relações de complementariedade entre as ações desenvolvidas. O estudo de Silva & Trad (2005) identificou claramente a relação de

integração entre o trabalho médico e o trabalho de enfermagem, assim como também com os agentes comunitários de saúde, desconsiderando a interação com os outros campos do saber.

Outro ponto de reflexão sobre o contexto do processo de trabalho em equipe é sobre as especificidades próprias de cada agente da equipe. Cada profissional traz consigo experiências pessoais e profissionais, interesses próprios, salários diferenciados que influenciam o processo de trabalho em equipe, mas não anulam ou inviabilizam o trabalho em equipe. Nesse contexto, a conformação de uma equipe multiprofissional não resulta por si só na conversão do modelo médico-hegemônico, sendo necessários outros dispositivos que promovam mudanças na dinâmica interna do trabalho em equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Além de importantes barreiras de comunicação e integração entre os profissionais da atenção básica, diversos estudos apontam sobre importantes dificuldades encontradas no âmbito do processo de trabalho em equipe: (1) Amplas relações de poder, centralizadas na figura do médico; (2) Divisão parcelar das ações de saúde, com prejuízo na integração do trabalho em equipe e na oferta dos serviços de saúde a população; (3) Precárias condições de estrutura física das unidades básicas de saúde; (4) Déficit de funcionários, alta rotatividade de profissionais (5) Falta de ferramentas de gestão capazes de avaliar o desempenho das equipes; (6) Despreparo dos profissionais em executar o planejamento de ações em saúde com base nas necessidades da população local; (7) Construção de agendas não adequadas às necessidades e prioridades da população; (8) Distância do ACS da equipe de atenção básica; (9) Planejamento das atividades individuais dos profissionais sobrepondo o planejamento coletivo etc. (MARQUI et al., 2010; AGUIAR, 2007; CARRAPATO, 2011; ESPMG, 2010; SILVA; TRAD, 2005).

São essas, as principais dificuldades que se interpõem no cotidiano do trabalho das equipes, refletindo significativamente na qualidade da assistência, com prejuízo na implementação de ações em saúde tidas como básicas e fundamentais para a operacionalização de uma AB resolutiva, integral destinada às necessidades de saúde da população de um território.

Observa-se no presente estudo que a adequação das equipes não contempla a totalidade de ações previstas na PNAB. A esse fato se pode associar que na diversidade dos contextos de saúde as equipes constroem seu próprio processo de trabalho, sejam em consonância as especificidades de uma localidade ou região, seja em relação ao seu próprio modo de funcionamento. O estudo de Cervinski et al. (2012) traz à tona a reflexão de que por mais que exista uma política que determine o modo de organização do trabalho, a exemplo da

PNAB, as EAB trabalham de modo particular. O que vai determinar a dinâmica do trabalho vão ser as características de um território ou da própria equipe.

É importante também nesse contexto avaliativo, a reflexão sobre o processo de conversão dos modelos de atenção básica tradicional para atenção básica centrada na família. Embora a ESF tenha se expandido consideravelmente no território brasileiro, pensa-se se a expansão favoreceu verdadeiramente a conversão do modelo de saúde.

O estudo de Silva, Garnelo & Giovanella (2010) refuta o paralelismo entre os modelos tradicional e modelo da saúde da família na cidade de Manaus com poucas mudanças no processo de trabalho das equipes. Continuam as tendências em saúde centradas no atendimento individual e curativo e na ausência de um planejamento local de saúde condizente com a realidade local, bem distantes da proposta da ESF.

Outro ponto de importância no contexto das mudanças no trabalho das equipes de atenção básica é a capacitação profissional dos trabalhadores da saúde. Sabe-se que no contexto da atenção básica é intensa a contratação de trabalhadores de nível superior recém-formados com pouca ou nenhuma capacidade de atuação na AB. Soma-se a isso a baixa oferta de cursos de capacitação permanente para os trabalhadores de nível médio e técnico (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014).

O Estudo de Seidl et al. (2014) identificou a baixa oferta de cursos de capacitação para os trabalhadores da atenção básica. Isso ocorre principalmente em municípios de pequeno porte e em áreas distantes dos centros formadores, e nas situações de oferta pelos municípios tem pouca adesão por parte dos profissionais de saúde.

A educação permanente é uma das principais ferramentas para a melhoria da qualidade do trabalho na saúde. É por meio da capacitação dos trabalhadores da saúde que se pode considerar importantes movimentos de mudança do cuidado na AB.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo revelam que o processo de trabalho das EAB é incipiente, fragmentado, desarticulado e que os entraves para a consolidação da AB estão impregnados no contexto de saúde brasileiro. Embora o PMAQ-AB tenha sido instituído com o intuito de garantir um padrão de qualidade assistencial a nível local, regional e nacional, trata-se de uma pesquisa normativa cuja avaliação é realizada com base em um padrão de assistência definido pelas políticas nacionais do MS, sendo reproduzida nos mais diversos contextos de saúde do país.

Pode-se concluir que a conversão de modelo de atenção à saúde ao proposto pela ESF ainda não é uma realidade presente no contexto de saúde brasileiro. Apesar dos amplos incentivos para a expansão e consolidação da ESF, os principais entraves no processo de trabalho das equipes são reproduzidos de uma assistência ainda centrada no modelo médico-hegemônico, na clínica e na assistência curativa.

Foram identificadas importantes disparidades no processo de trabalho das EAB em diferentes contextos regionais, revelando iniquidades sociais que figuram como barreira de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesse contexto, reflete-se sobre a influência da cobertura da ESF em municípios com graus distintos de expansão e consolidação da ESF. A presença da ESF não garantiu de fato a melhor qualidade da atenção ou organização do trabalho, já que o melhor percentual de adequação das equipes estava presente em municípios populosos e com baixa cobertura da ESF.

Há de se considerar que os resultados desta pesquisa possam ter revelado apenas uma avaliação suavizada sobre a realidade do trabalho das EAB, uma vez que, a pesquisa do PMAQ-AB envolve repasse financeiro à medida que as equipes fazem adesão ao programa e apresentam um bom desempenho ao final do ciclo avaliativo, com a possível influência das melhores respostas apresentadas pelos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho no contexto da AB.

Os resultados deste estudo podem ser considerados como uma boa aproximação da realidade presente no contexto dos serviços de saúde, revelando aspectos importantes sobre o processo de trabalho das equipes de saúde do Brasil. No entanto, recomendamos a ampliação do escopo deste estudo considerando aspectos importantes na qualidade da assistência, como a estrutura e a perspectiva de quem utiliza os serviços, neste caso os usuários.

Diante das disparidades do processo de trabalho das EAB do Brasil identificadas a partir dos resultados desta pesquisa, são necessários outros estudos sobre a temática. Outros

trabalhos, com instrumentos de pesquisa, certamente permitirão apreender os fatores relacionados às dificuldades no contexto do trabalho das EAS, além de compreender de que forma isso se reverte de modo significativo para a saúde e o acesso da população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Maria Rachel Jasmim. **Modos De Organização Do Trabalho Na Atenção Primária À Saúde: A experiência de Belo Horizonte**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- ALELUIA. Ítalo Ricardo dos Santos. **Avaliação da Coordenação do Cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso**. 2014. Dissertação [Mestrado em Saúde Comunitária]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2014.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.
- ALMEIDA, Patty F; GIOVANELLA, Lígia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; ESCOREL, Sara. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Publica**, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, v. 37, n. 98, p. 400-15, 2013.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: Saúde em debate. Hucitec; Fiocruz, p. 783-836, 2006.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- ARAKAWA, Tiemi et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 994-1002, 2011.
- ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- AZEVEDO, Antônio Carlos. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 25, n. 1, p. 64-71, 1991.

BEZERRA, Katiúscia de Azevedo Bezerra. Avaliação das ações voltadas à Saúde da Mulher na Atenção Básica, Brasil, 2014. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 1, 2010.

BOUSQUAT, Aylene et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Constituição da República. **Artigos 194, 196**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 03 Fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM Em, 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, 18 de dezembro de 1997. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 12 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do sistema de informação da Atenção Básica**. 1.ed., 4ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde- PNASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 6 v.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde. 2005c. Disponível em: <

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo32.pdf>>. Acesso em: 12 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>>. Acesso em: 12 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 06/2006 - Para Entender o Pacto pela Saúde**. Notas Técnicas para o ano 2006c. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=publicacao_notas&ano=2006>. Acesso em: 12 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006d. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 12 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb: Programação de gestão por resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família: Parte 1– 3. ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde; 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Gabinete Ministerial; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Secretária Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação- Geral de Monitoramento e Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 14 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB [...]). Brasília: Gabinete Ministerial, 2011c. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 14 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

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: Ministério da Saúde, 2012b.62 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

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 para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.412 de 10 de Julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Gabinete Ministerial, 2013c. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 14 de Jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 22 de Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de N° 1645, de 02 de Outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [...]. Brasília: Gabinete Ministerial, 2015b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 20 de Jun. 2016.

BUTELLI, Greice Ballardin Miotto. **Avaliação da qualidade na atenção básica: uma análise da satisfação dos usuários e profissionais de saúde no município de São Marcos-RS**. 2011. Porto Alegre: UFRS, 2011. Monografia (Especialização em Saúde pública), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2011.

CAMPOS, Francisco Eduardo; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira; OLIVEIRA, Veneza Berenice. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis (Rio J.)**, v.12, p.47-58, 2002

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 34-36, 2006.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012.

CANTO, Raíssa Barbieri Ballejo. **Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes: A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão das equipes**. 2014 (Pós-graduação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 279-295, 2014.

CARNEIRO-JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia. **Qualidade e organização do processo de trabalho na atenção básica: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde**. Botucatu: UEPJMF, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

CASSOTI, Elisete et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, p. 140-157, 2014.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, p. 84-88, 2009.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011.

CERVINSKI, Luciane Fátima et al. O Trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **PERSPECTIVA**, Erechim. v.36, n.136, p.111-122, dezembro/2012.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. SPE, p. 143-147, 2000.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. s1, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos**. In: HARTZ, Zulmira, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

CRUZ, Marly Marques da. **Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate**. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. p.180-198, 2001.

CRUZ, Marly Marques da et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde debate**, v. 38, n.spe, p. 124-139, 2014.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 232-245, 2015.

DAVIS, Karen et al. Mirror, mirror on the wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. **New York: The Commonwealth Fund**, Jun, 2014.

DILLEY, Julia A.; BEKEMEIER, Betty; HARRIS, Jeffrey R. Quality improvement interventions in public health systems: a systematic review. **American journal of preventive medicine**, v. 42, n. 5, p. S58-S71, 2012.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, Nov, 1990.

DUBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. **Histórico da Avaliação**. In: Astrid Brouselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zumira Hartz (orgs). **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 19-39.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007.

ESPMG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 1, p. 7-22, 2009.

FALK, João Werner. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2010.

FARIA, Horácio et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2.ed.. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, Horácio Pereira et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FARIA, Rivaldo Mario de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 2012. 315f. Tese (Doutorado em Geografia) Universidade Estadual de Campinas, 2012.

FARIA, Rivaldo Mario de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação aos perfis do território. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FARIA, Rivaldo Mario de; BORTOLOZZI, A. Planejamento territorial dos serviços da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS): criar territórios para os serviços ou adaptar os serviços aos territórios? In: SAQUET, M. (Org.). **Estudos territoriais na ciência geográfica**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 145-164.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**, 2005. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERMINO, Tauani Zampieri. **O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde**. Ribeirão Preto: USP, 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências), Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

FERRAZ, Lucimare et al. Avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários. **Revista Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 2014.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições**. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FINKLER, Anna Luisa. **O processo de trabalho na Atenção primária à Saúde da Criança em uma Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família**. Cascavel: UNIOESTE, 2014. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde), Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

FORTUNA, Cinira et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.2. p. 262-268, mar./abr. 2005.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rer. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis, 2012.

FRIAS, Paulo Germano et al. **Atributos da Qualidade em Saúde**. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap.4. p. 43-56.

FURTADO, Juarez Pereira et al. **Avaliação de programas e serviços**. In: Saúde em debate. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 715-739, 2006.

FURTADO, Juarez Pereira; SILVA, Lígia Maria Vieira da. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas, **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez, 2014.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo:(des) velando cenários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 221-236, 2014.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, 2015.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 158-172, 2014.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, Ligia et al. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 30-37, 2014.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. CEFOR, 1992. 53 p.

GONÇALVES, João Paulo Pereira et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde debate**, p. 43-50, 2013.

GONDIM, GM de M.; MONKEN, Mauricio. Territorialização em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, 2008.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães. **Avaliação da Atenção Pré-Natal na Atenção Básica por Macrorregiões Geográficas e por Regiões de Saúde**. 2016 Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias). Universidade Federal do Amazonas, Instituto Leônidas e Maria Deane, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Manaus 2016.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; FELISBERTO, Eronildo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Editora Fiocruz, 2008.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1359-65, 2009.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/index.php>> Acesso em: 15 abr. 2016.

JESUS, Andreia Souza et al. O enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): relato de experiência. **Saúde. com**, v. 11, n. 2, 2016.

KEMPFER, Silvana Silveira et al. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, p. 1066-1073, 2012.

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde Glória. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. Ano 1, n. 1, p.3-8, Jan-Jun, 1996.

LIMA, Juliana Gagno. **Atributos da atenção primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. Novos Caminhos, n.12, 2016. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em:< www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em 29 de Abr. 2017.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda; LIRA, Geison Vasconcelos; ALBUQUERQUE, Isabelle Mont'Alverne Napoleão. Avaliação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica no estado do Ceará. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 195-208, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S42-S57, 2008.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MAGALHÃES-JUNIOR, Helvécio Miranda; PINTO, Hêider Aurélio. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. **Divulg. saúde debate**, p. 14-29, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARTÍNEZ, Diana Henao; NAVARRETE, M. Luisa Vázquez; LORENZO, Ingrid Vargas. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 23, n. 4, p. 280-286, 2009.

MAGLUTA, Cynthia. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 414-414, 2013.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORRÊA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 4, n. 44, p.956-961, mar. 2010.

MARTINS, Luciana et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **RFO UPF**, v. 19, n. 2, p. 151-158, 2014.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde, v. 1, 2009.

MATTOS, Ruben. **Desenvolvendo e oferecendo ideias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial. Rio de Janeiro: UERJ, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2000.

MCDONALD, Kathryn et al. Closing the Quality Gap: A Critical analysis of quality improvement strategies. **Technical Reviews**, v. 7, n.4, p.51-7, 2007.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva; CASANOVA, Angela Oliveira; OLIVEIRA, Cátia Cristina Martins. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, 2015.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MELO, Lúcia Maria Lima Lemos et al. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
- MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Manual do Prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte (MG): SES/MG; 2007.
- MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.
- NÓBREGA, Rafaela Gerbasi et al. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 88-95, 2013.
- NOVAES, Hillegonda Maria. Evaluation of health programs, services and technologies. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.
- NUNES, Altacílio Aparecido et al. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 452-467, 2014.
- OLIVEIRA, Hadelândia Milon; PIRES, Thiago de Oliveira; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 1, n. 2, 2011.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.
- OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.
- PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp. 1998.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.
- PEDUZZI, Marina; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Trabalho em equipe**. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 108-24, 2005.
- PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. EPJV / FIOCRUZ, 2005.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, 2006.

PESSOA, Vanira Matos et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013.

PINTO, Héider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORENCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO-JÚNIOR, Elzo Pereira et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 268-78, 2015.

PISCO, Luis Augusto. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/set. 2006.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/21MAR_IDHM_WEB.pdf> Acesso em: 20 Jun. 2016.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

POMBO, Olga. Epistemologia da Interdisciplinaridade. **Rer. UNIOESTE**. Foz do Iguaçu, v.10, n.1, p. 9-40, 2008.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, p. 209-20, 2014.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; MACHADO, Liliane Machado; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

RADIGONDA, Bárbara et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2011.

REIS, Eduardo JFB dos Reis et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 438-446, 2004.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.

RIGHI, Angela Weber. **Avaliação da qualidade em serviços Públicos de saúde – o caso da estratégia Saúde da Família**. Santa Maria: UFSM, 2009. Dissertação (Pós-graduação em Engenharia de Produção) Centro de tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

ROCHA, Paulo de Medeiros Rocha et. al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSELLINE, Ana Paula Lombardi et al. Territorialização: base para a organização e planejamento em saúde. **Saúde de Família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, p. 387-399, 2008.

SALA, Arnaldo; MENDES, José Dínio Vaz. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 912-926, 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTANA, Dandara Andrade de et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267, Sept, 2015.

SANTOS, Iná S. dos; VICTORA, Cesar G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S337-S341, 2004.

SANTOS, Susana Abreu de Sousa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 2, p. 169-174, 2007.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, 2011.

SANTOS, Daniela Cristina; FERREIRA, Jenise Braga Barros. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n.3, p. 1121-1137, 2012.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 3, 2012.

SARTI, Thiago Dias et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v.7, n.23, p. 69-74. Abr.-Jun, 2012.

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

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais, **Saúde em Debate**, 53, 81-92, 1999.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38. 2005.

SILVA, Nair Chase; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Ligia. Extensão de cobertura ou reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 592-604, 2010.

SILVA, Daiane Medeiros et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1044-1053, 2014.

SILVA, Renilson Rodrigues da; BACHA, Carlos José Caetano. Acessibilidade e aglomerações na Região Norte do Brasil sob o enfoque da Nova Geografia Econômica. **Nova Economia**, v. 24, n. 1, p. 169-190, 2014.

SILVA, Nair Chase; GIOVANELLA, Ligia; MAINBOURG, Evelyne Marie Therese. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 274, 2014.

SOUZA, Maria Fátima et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 21, p. 714, 2000.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

THOMÉ, L.E.; REMÉDIO, M.A.; CASSA RES, N.C. **Treinamento: conservação preventiva e higienização de documentos**. São Paulo: SIBI-US P, 2010.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, EXG de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

TOMASI, Elaine et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.15, n.2, p.171-180, 2015.

TOMASI, Elaine. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n. 3, p. 1-11, 2017.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata**, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

URDAN, André Torres. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, p. 44-55, 2001.

VASCONCELLOS, Potiguassú Pacheco de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s173-s182, 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225-264, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. "**Proteção Social em Saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia legal**." Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec, 2009. p 193-267.

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE ATRAVÉS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65595317.2.0000.5016

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDAÇÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.970.841

Apresentação do Projeto:

Pesquisador Responsável: ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE

Submetido em: 08/02/2017

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ INSTITUTO LEONIDAS E MARIA DEANE.

EQUIPE DE PESQUISA - ANA CYRA DOS SANTOS LUCAS; ROSEANI PEREIRA PARENTE E Oracio Carvalho Ribeiro Junior.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avallar o processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-000

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3878-4388

Fax: (02)3878-4388

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 1.870.041

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Objetivo Secundário:

Agrupar as equipes do Brasil, região norte e Amazonas segundo o desempenho da Atenção Básica, em relação ao processo de trabalho das equipes; Analisar o desempenho da Atenção Básica, segundo as características demográficas e indicadores de saúde dos municípios do Brasil, região norte e Amazonas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Trata-se de uma pesquisa de cunho avaliativo através de análise de dados secundários do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, não tendo impacto direto ou indireto na saúde das pessoas envolvidas. Entretanto, o risco para o anonimato está sempre presente em pesquisas com seres humanos, mas o banco de dados do PMAQ-AB não possui registros de identificação dos respondentes aos questionários, o que assegura o seu anonimato. Além disso, os dados, nesta pesquisa, serão tratados de forma conjunta o que diminuirá a possibilidade de exposição de respostas individuais, ainda que não identificadas. Os pesquisadores envolvidos estarão atentos a qualquer medida adicional que possa ser necessária para resguardar a confidencialidade dos dados em relação aos respondentes que originaram o banco do PMAQ-AB.

BENEFÍCIOS: Os benefícios da realização desta pesquisa dizem respeito à valorização da pesquisa como ferramenta para fomentar a cultura da avaliação nos serviços de saúde e consequentemente subsidiar a tomada de decisões por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, além de fortalecer a AB como modelo de atenção à saúde e contribuir para divulgação de estudos que tratam sobre o processo de trabalho das equipes da AB, como forma de subsidiar a realização de novas pesquisas avaliativas no Brasil região norte e Amazonas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo sido de adesão voluntária para a realização das ações de Avaliação Externa do PMAQ-AB, as equipes avaliadas não foram selecionadas de maneira aleatória. Assim, as equipes que compõem o universo da pesquisa, foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde e que responderam ao questionário do Módulo II referente à entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos na unidade de saúde. Para a consecução do primeiro objetivo específico do estudo, serão utilizados os dados coletados na pesquisa PMAQ-AB, realizada no segundo semestre de 2014 em todo o território nacional, por pesquisadores envolvidos com a Avaliação Externa, mediante uso de Instrumento específico (BRASIL, 2013a).

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3878-4368

Fax: (02)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Projeto: 1.870.041

Antes da realização da pesquisa de campo, os entrevistadores foram treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades de saúde da família que optaram pela adesão ao PMAQ-AB. Durante a pesquisa, ocorreu a aplicação de três módulos de questionários (BRASIL, 2013a) em meio eletrônico: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; e Módulo III – Entrevistas com usuários. Mas na presente proposta de pesquisa serão priorizadas as perguntas no módulo II, que consiste na entrevista com o profissional de nível superior da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS da Dimensão IV- Acesso e Qualidade da Atenção e a Organização Processo de Trabalho. Na Dimensão IV, a avaliação da organização do processo de trabalho será feita através da análise de cinco subdimensões (S1, S2, S3, S4, S5, S6), sendo: S1 - População de Referência da Equipe de Atenção Básica; S2 - Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica; S3 - Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; S4 - Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde; S5 - Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; S6 - Acolhimento à Demanda Espontânea. Para a pontuação das questões será utilizado o mesmo procedimento descrito na Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014, publicado em 2015 (BRASIL, 2015b). Para o segundo objetivo específico, serão coletados dados demográficos e dados relacionados ao sistema de saúde dos municípios, referentes ao ano de 2014, mesmo ano da coleta do PMAQ-AB. A coleta destas informações será realizada pela proponente do estudo nas bases de dados públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A fase exploratória consistirá na preparação do banco de dados do PMAQ, relativos ao módulo II, fazendo-se o recorte da dimensão que será avaliada neste trabalho e a avaliação da completude dos dados que correspondem a organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, com recorte para o Brasil, região norte e os municípios do estado do Amazonas, e de modo a verificar a qualidade dos dados disponíveis como fonte da presente pesquisa. Finalmente, a regra de distribuição dos pontos para cada questão será estabelecida de acordo com o objetivo que a pergunta (padrão de qualidade) pretende atingir. Assim sendo, as seguintes situações podem ocorrer: I) Apenas uma categoria vale 100%, e as demais, 0%; II) Pode haver questões cumulativas em que, por exemplo, ao marcar três ou mais opções de respostas na mesma pergunta, considera-se 100% da nota; III) Pode haver questões em que, marcando-se apenas duas, considera-se 50%; e IV) Questões em que se marcar menos de duas, considera-se 0%. Dessa maneira, todos os padrões de qualidade receberão uma nota. Em seguida, para cada

Endereço: Av. Carvalho Lessa, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3878-4388

Fax: (02)3878-4388

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 1.970.041

equipe, será calculada a nota para cada subdimensão e, finalmente a nota para toda a dimensão, para cada equipe. A partir daí será calculada a média das subdimensões e da dimensão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

I) FOLHA DE ROSTO - ASSINADA PELA PESQUISADORA E PELO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE.

II) CRONOGRAMA - ADEQUADO.

III) ORÇAMENTO: R\$ 245,00 - FINANCIAMENTO PRÓPRIO.

IV) INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - ADEQUADO.

V) SOLICITADO DISPENSA DO TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, fora das áreas temáticas especiais. O protocolo está completo e atende à Resolução 466/12 do CNS. Diante do exposto somos pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_861790.pdf	08/02/2017 15:34:35		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO ROSANA PARENTE SUBMISSAO CEP_08_02_2017.doc	08/02/2017 15:32:44	ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO CEP ROSANA D 8 02 2017.pdf	08/02/2017 15:30:17	ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE	Acelto
Outros	TERMO DE ANUENCIA USO DE BANCO DE DADOS.pdf	08/02/2017 15:08:46	ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Carvalho Lessa, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-000

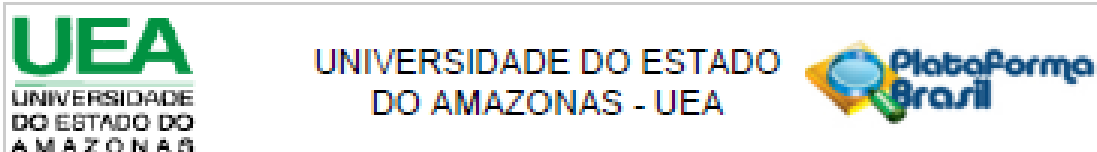
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.970.641

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MANAUS, 18 de Março de 2017

Assinado por:
DOMINGOS SÁVIO NUNES DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chopada CEP: 69.050-030
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)3878-4368 Fax: (02)3878-4368 E-mail: cep.uea@gmail.com