

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Avaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

Porto Alegre

2019

Antonio Marcos de Almeida

Avaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza.

Porto Alegre

2019

Catálogo na Publicação

Almeida, Antonio Marcos de

Avaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB / Antonio Marcos de Almeida. -- 2019.

171 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

Orientador(a): Aline Corrêa de Souza.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Antonio Marcos de Almeida

Avaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 26 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza (orientadora) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzman – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Alessandra Dartora da Silva – Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro – Universidade Federal do Rio Grande do Sul– UFRGS

RESUMO

A Atenção Básica em Saúde (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde está ancorada nos seus atributos essenciais de primeiro nível de atenção, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, impulsionando assim mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte a partir da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ) Estudo de caráter transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado mediante aplicação da ferramenta AMAQ-AB à equipe de saúde da família, à coordenação da atenção básica e à gestão municipal de saúde em município de pequeno porte que não aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados e conclusões incluem que a não adesão e implementação do PMAQ-AB têm contribuído para a manutenção de uma prática de cuidado à saúde da população centrada no atendimento a demanda espontânea, sem planejamento de ações por parte da equipe e cada profissional agindo de maneira isolada. Três subdimensões foram avaliadas como insatisfatória: Apoio Institucional; Organização do Processo de Trabalho; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário. Cinco subdimensões foram avaliadas como regular. Três foram avaliadas como satisfatórias e somente a Dimensão Unidade Básica de Saúde foi avaliada como muito satisfatória. Na organização do processo de trabalho, onde se encontra os principais nós críticos: não há população adscrita para as equipes de saúde; o atendimento à demanda populacional se dá de maneira espontânea, sem agendamento; o cuidado é médico centrado; não há reunião de equipes de saúde; acolhimento ao usuário não está adotado; não realização de atividades de promoção à saúde; não há trabalho em equipe, com ciclo, planejamento-ação-avaliação. A partir desta pesquisa foi elaborado um projeto de intervenção, com oito padrões de qualidade que receberam as avaliações com menor desempenho. Utilizando a Matriz de Intervenção se propõe caminhos para superação das limitações e melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica municipal.

ABSTRACT

Basic Health Care (AB) or Primary Health Care (PHC) is a strategy of organization and reorganization of health systems is anchored in its essential attributes of first level care, longitudinality, completeness and coordination of care, thus impelling change of the clinical-healthcare practice of health professionals. The objective of this study was to analyze the work carried out in basic care in the perspective of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). A cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, performed using the AMAQ-AB tool (Self-Assessment for Improving Access and Quality in Primary Care), which was applied to the family health team, coordination of basic care and municipal management in a small municipality that did not join the PMAQ. The results and conclusions include that the non-adherence and implementation of PMAQ-AB has induced a population health care practice focused on meeting spontaneous demand, without planning of actions by the team and each professional acting in isolation. Three sub-dimensions were evaluated as unsatisfactory: Institutional Support; Organization of the Work Process; Participation, Social Control and User Satisfaction. Five subdimensions were evaluated as regular. Three were evaluated as satisfactory and only the Basic Health Unit Dimension was evaluated as very satisfactory. In the organization of the work process, where the main critical nodes are found: there is no population assigned to the health teams; the supply to the population demand occurs spontaneously, without scheduling; care is doctor centered; there is no meeting of health teams; the user is not adopted; non-performance of health promotion activities; there is no teamwork, with cycle, planning-action-evaluation. From this research an intervention project was elaborated, with eight quality standards that received the lowest performance evaluations. Using the Intervention Matrix, it proposes ways to overcome limitations and improve access and quality in municipal primary care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB.....	29
Quadro 2 – Percentual das subdimensões em categorias.....	30
Quadro 3 – Perfil da equipe de saúde respondente do questionário AMAQ-AB.....	31
Quadro 4 – Distribuição das notas abaixo de 5.....	34
Quadro 5 – Autoavaliação pela equipe e gestão municipal de saúde.....	35
Quadro 6 – Autoavaliação pela equipe e gestão municipal de saúde.....	49
Quadro 7 – Matriz de Intervenção 1.....	55
Quadro 8 – Matriz de Intervenção 2.....	56
Quadro 9 – Matriz de Intervenção 3.....	56
Quadro 10 – Matriz de Intervenção 4.....	57
Quadro 11 – Matriz de Intervenção 5.....	57
Quadro 12 – Matriz de Intervenção 6.....	58
Quadro 13 – Matriz de Intervenção 7.....	58
Quadro 14 – Matriz de Intervenção 8.....	59

ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

AMAQ-AB – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EAB – Equipe de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M&A – Monitoramento e Avaliação

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Sem Terra

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFFS – Universidade Federal da Fronteira Sul

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Atenção básica à saúde.....	16
2.2.	Avaliação de serviços de saúde e o PMAQ	18
3.	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo geral:	22
3.2	Objetivos específicos:	22
4.	ARTIGO.....	23
4.1	Introdução	25
4.2	Material e Métodos	27
4.3	Resultados	31
4.3.1	Autoavaliação da gestão municipal de saúde.....	32
4.3.2	Autoavaliação da equipe de saúde	33
4.4	Discussão	36
4.3.1	Unidade de análise: Gestão.....	37
4.4.1	Unidade de análise: Equipe	40
5.	CONCLUSÃO	43
6.	REFERÊNCIAS DO ARTIGO	45
7.	RELATÓRIO TÉCNICO	48
7.1	Projeto de intervenção.....	48
7.1.1	Justificativa	48
7.1.2	Metodologia.....	53
7.1.3	Descrição do produto	54
7.1.4	Considerações finais	59
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

9.	APENDICES E ANEXOS.....	64
9.1	APÊNDICE A - Questionário de caracterização do entrevistado	64
9.2	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	65
9.3	APÊNDICE C – Resultados da classificação das dimensões.....	68
9.4	ANEXO A – Parecer de aprovação no CEP.....	74
9.5	ANEXO B – Normas do periódico escolhido	79
9.6	ANEXO C - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ	87

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é um componente-chave dos sistemas de saúde. Essa afirmação fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços de saúde e o estado geral de saúde da população^{1,2}.

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, recebem o nome de atributos, sendo quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e três atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma preconizada para organização da Atenção Básica no Brasil sendo o seu funcionamento baseado nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade³. A ESF descentraliza o cuidado e aproxima a equipe de saúde das famílias e comunidades, portanto, deve estar o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, facilitando assim o acesso das pessoas ao sistema de saúde e sendo a porta de entrada preferencial ao sistema³.

Nos últimos anos houve grande expansão da ESF no Brasil, sobretudo por forte indução e apoio do Ministério da Saúde (MS)⁴. Dados disponíveis pelo Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS apontavam que, no ano de 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com pelo menos uma equipe de ESF totalizando 33.404 equipes, com potencial para abranger 55% da população brasileira. No entanto, apresentando diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios, em grande parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de saúde⁴. Em maio de 2019, o número de ESF somava 42.719 equipes com cobertura de 63.45% da população, e uma estimativa de cobertura populacional de 132.305.093⁵. Entretanto, os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação e regulamentação até a atualidade e as limitações relacionadas à expansão da ESF são muitos. Especialmente no que diz respeito a seu primeiro nível de atenção, podendo ser citados: estruturas físicas inadequadas; ausência de equipamentos necessários às ações de saúde; rotatividade de recursos humanos; ambiente pouco acolhedor; e falta de informação aos usuários, entre outros fatores, o que leva a um cuidado fragmentado e fragilizado⁶.

A fim de enfrentar os problemas que afetam a qualidade da AB o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este Programa foi instituído pela Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19/07/2011 e foi produto de negociação entre as três esferas de gestão do SUS e visa encontrar soluções que priorizam e qualificam o atendimento em saúde⁷. Entre os inúmeros desafios que o programa se propõe enfrentar para alcançar seus objetivos de melhorar a qualidade da AB, além dos citados anteriormente estão a instabilidade das equipes de AB com sobrecarga de trabalho por número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade e pouca integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁷. Também figuram como elementos importantes a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, devendo ter orientação em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela

equipe, gestão municipal e comunidade sendo necessário superar a baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado⁷. Outro desafio está relacionado ao financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade⁷.

Considerando estas questões iniciais sobre o tema da avaliação da AB, a seguir descreve-se a justificativa para a realização desta pesquisa que tem por objetivo avaliar o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte a partir da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ).

Este estudo foi realizado no município de Pontão, localizado na região norte do Rio Grande do Sul (RS). Município de pequeno porte, essencialmente agrícola, com aproximadamente dois terços da população vivendo no meio rural. Dados do último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam uma população de 3.857 habitantes e com população estimada em 2017 de 3.990 pessoas⁸. Tendo como marco histórico o fato de que no ano de 1985, oito mil colonos sem terra ocuparam a Fazenda Annoni que ficou conhecida por ser alvo da maior ocupação de terras no Brasil até então, coordenada pelo recém-criado MST (Movimento dos Sem Terra) no início do período democrático⁹. Atualmente, na área de nove mil hectares vivem 420 famílias, organizadas em cinco assentamentos que possuem sete comunidades, com aproximadamente 1500 habitantes. A população assentada é uma importante força social, pois constitui mais de um terço do total da população municipal e foi a partir da soma da população dos assentamentos que em 1992 foi emancipado o município⁹.

O sistema municipal de saúde conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que possui dois médicos, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 10 Agentes de

Comunitários de Saúde (ACS). Esta equipe atende na mesma estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Sede municipal que conta com uma equipe de profissionais formada por: um psicólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um farmacêutico, um médico pediatra e um ginecologista. Os profissionais da ESF trabalham durante a semana no turno diurno com oito horas diariamente, os demais possuem carga horária reduzida. Durante o turno da noite e finais de semana a UBS funciona com o atendimento prestado por um profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem e um motorista para transportar pessoas à emergência de hospitais de municípios do entorno. Ainda neste mesmo espaço físico funciona a secretaria municipal de saúde, onde trabalham os gestores da saúde.

Os trabalhadores da ESF em determinados dias da semana se deslocam para unidades de saúde localizadas no interior do município. As unidades de apoio funcionam uma vez na semana para atendimentos odontológicos e consultas médicas.

O município de Pontão não está aderido ao PMAQ-AB e não apresenta nenhuma outra ferramenta para avaliação e melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica municipal, portanto os trabalhadores da saúde e a gestão municipal não estão familiarizados com a utilização de ferramentas de autoavaliação como a AMAQ-AB. Outra característica do serviço de saúde deste município refere-se ao vínculo que possui, por meio de convênio, com a Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, Campus Passo Fundo. A UFFS possui no Componente Curricular de Saúde Coletiva atividades de vivência/imersão na Atenção Básica junto aos municípios da região, na integração ensino-serviço-comunidade. Sendo o serviço de saúde municipal um campo de atividades práticas para os estudantes durante a graduação e o internato do curso de medicina.

Justifico meu interesse e compromisso em pesquisar sobre esse tema pela importância que ele tem na qualificação da atenção básica e dos serviços de saúde e em virtude dos desafios que enfrento no cotidiano do trabalho. Também pelos vínculos

de trabalho que tenho como médico de família e comunidade no município de Pontão; supervisor do Programa Mais Médico para o Brasil; preceptor de estudantes da UFFS no município; docente de saúde coletiva do curso de medicina da UFFS, Campus Passo Fundo. O trabalho que realizo como médico na atenção básica em município de base rural me desafia cotidianamente para a construção de ações e estratégias para viabilizar o acesso, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção integral à saúde dessas populações, respeitando suas singularidades e contribuindo na qualificação da rede de atenção à saúde. Neste sentido, acredito que a realização desta pesquisa foi uma oportunidade de qualificação individual e coletiva do conjunto dos atores envolvidos tanto no processo de vivências/imersão da UFFS na AB, quanto às equipes de saúde da família e da gestão da saúde no município em que estou inserido. Considerando as características descritas acima e que podem ser observadas a partir do processo de trabalho das equipes, fica evidente que uma avaliação estruturada beneficiou as equipes e os gestores de saúde no processo de aperfeiçoamento constante para cumprir com a finalidade da AB no município em questão. Com a conclusão desta pesquisa, sendo produto de Mestrado Profissional em Saúde da Família, se elaborou um projeto de intervenção com a equipe e com a gestão municipal de saúde a fim de produzir as mudanças necessárias na organização da atenção básica e do sistema municipal de saúde.

Também, entendemos que esta pesquisa trouxe como contribuição o processo de autorreflexão da coordenação da AB, da gestão municipal de saúde e das equipes de saúde da família. A proposta metodológica da AMAQ preconiza a autoavaliação como ponto de partida nesse processo, entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Este processo configurou um momento de visualização e identificação dos limites e das potencialidades tanto da gestão quanto das equipes.

Outra contribuição desta pesquisa será o momento de devolução dos resultados e conclusões do estudo para a gestão municipal de saúde e para as equipes de saúde da família, bem como a disponibilização dos resultados da pesquisa para o segmento social do município, podendo estes serem apresentados em reuniões com as comunidades. Entendendo que nesse processo avaliativo, todos os atores envolvidos são protagonistas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção básica à saúde

Atenção Primária à Saúde (APS), como é conhecida internacionalmente ou Atenção Básica (AB) como é chamada nacionalmente e na maioria dos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, é definida como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

No contexto histórico a Atenção Primária surgiu em 1920, com o Relatório de Dawson, na Inglaterra, este documento aborda a organização do sistema de serviços de saúde¹¹. Elencando três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram descritas e propostas as funções de cada um dos níveis de atenção e os vínculos formais entre eles. Este relatório aproximou-se dos conceitos atuais da Atenção Primária a Saúde (APS), quando definiu o Centro de Saúde como a instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário e com função de desempenhar atividades curativas e preventivas^{1,10}.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, antiga URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) é um marco histórico importante para a construção do entendimento e conceito da APS na organização de serviços de saúde. Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde e a assistência sanitária deve ser posta ao alcance dos indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar⁹. Este documento, Declaração de Alma-Ata, preconiza que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da

saúde. A APS constitui-se como primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde e, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade^{1,10}.

Atualmente, as duas principais concepções de Atenção Primária à Saúde, predominantes, são a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, embora esta possa ser modelo assistencial seletivo ou ampliado^{11,12}. Com o avanço das produções científicas é possível afirmar que a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. A APS orienta-se por eixos estruturantes conhecidos como atributos, sendo quatro os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e três atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural^{1,10,11,12}.

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, produto de grandes debates e impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária, acumulou nas suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção à saúde^{13,14}. É neste cenário, que, surge o Programa Saúde da Família, em 1994, entendido como um programa, mais tarde denominado pelo Ministério da Saúde (MS) como Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF passa a ser considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)^{11,15}.

É nesse contexto que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde (MS) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção

Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes. Portanto, em publicações do Ministério da Saúde (MS) é possível encontrar indistintamente esses dois termos. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS³. Definida de maneira abrangente a atenção básica tem as funções de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação para pessoas e coletividades. O trabalho é preconizado para desenvolver em equipes de saúde, responsáveis por territórios definidos, onde deve, a equipe, dar resposta sanitária, epidemiológica e responsabilizar-se pelo cuidado das pessoas, famílias e comunidades que habitam tal território, devendo ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde³.

2.2. Avaliação de serviços de saúde e o PMAQ

Para alguns autores^{16,17,18,19,20} avaliar é emitir um juízo de valor, fazer um julgamento, sobre determinada intervenção (programas, serviço etc.) realizada em um dado momento, com critérios e referenciais explícitos, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, utilizando-se de dados e informações construídos ou já existentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, se posicionarem e construírem de maneira individual ou coletivamente, um julgamento capaz de ser traduzido em ação ou fornecendo elementos à tomada de decisão.

Dentro desta perspectiva a avaliação está muitas vezes associada, mesmo que de maneira inconsciente, a punição e eliminação de algo ou alguma meta que por alguma razão não foi possível alcançar, ou seja, remete-nos a práticas autoritárias e de controle¹⁸. Mesmo sendo uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem da humanidade^{16,18}.

Todavia, a avaliação pode ser considerada em duas diferentes formas, avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A primeira é resultado da aplicação de critérios e normas, já a pesquisa avaliativa é elaborada a partir de um instrumento científico¹⁶. Pode ser classificada a avaliação como externa, caso seja conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização²⁰. No entanto, a avaliação sistemática de programas e serviços em saúde tem como objetivo estimular a análise do trabalho em equipe para verificar o que está faltando e implementar, caso necessário, com bases para operar modificações em uma dada situação^{21,22}.

Muitos podem ser os objetivos de uma avaliação. Entre os oficiais podem ser destacados, o objetivo estratégico que é ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; objetivo formativo, fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; objetivo somativo, determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida ou não e como objetivo fundamental contribuir para o progresso dos conhecimentos¹⁶. Importante destacar que o objetivo final de qualquer avaliação é ajudar na tomada de decisões^{16,17,19,20}.

Nesse sentido, é preciso discutir a institucionalização da avaliação no sistema de saúde, para que ela se torne parte do cotidiano, em todos os níveis do sistema de saúde, transformando-se numa cultura, entendendo que qualquer decisão, no sistema de saúde, deve ser acompanhada de avaliação sistemática permitindo assim melhores decisões, pois estas serão tomadas com base em evidências comprovadas e não de maneira empírica, melhorando também o sistema de saúde^{17,20}.

Ainda nessa mesma linha, documentos do MS também reconhecem que há uma pluralidade de conceitos sobre avaliação em saúde na literatura e na prática de avaliação dos serviços de saúde, sendo necessária a explicitação do lugar que ocupa a avaliação e os pressupostos que a orientam no âmbito do SUS²³.

Nesta perspectiva o MS criou o PMAQ-AB que está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de atividades

constantemente aperfeiçoadas de acordo com seus resultados: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização⁷. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social^{7,24}. É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia as possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns, sendo de caráter voluntário a adesão ao programa²⁴.

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica⁷. Essa fase deve desenvolver-se em quatro estratégias: Autoavaliação; Monitoramento; Educação permanente e Apoio institucional. Sendo a autoavaliação o ponto de partida desta fase, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento⁷. Com a autoavaliação espera-se que ela funcione como um dispositivo que provoque o coletivo a interrogar o instituído a colocar em análise seu processo, relações e condições de trabalho. Se aposta na ampliação da capacidade de autoanálise de modo que consiga negociar e planejar modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados²⁴. A autoavaliação figura como uma dimensão estratégica do programa, executada mediante instrumentos próprios ou pela ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)^{7,24}.

A autoavaliação, proposta pela ferramenta AMAQ-AB é realizada pela equipe de saúde da família, pela gestão municipal de saúde e pela coordenação da atenção básica. Tais mecanismos visam à qualificação do trabalho da AB e propõem inovações no modo de fazer saúde. Pressupomos que ao responder à AMAQ-AB a equipe estará expressando uma realidade que vivencia e por meio da qual poderá pactuar metas, de forma compartilhada com a gestão, a ser alcançadas em um determinado período^{24,25,26}. Esta é a concepção de avaliação adotada neste trabalho de pesquisa.

A terceira fase do PMAQ-AB consiste na avaliação externa, em que se realiza um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade das equipes da AB participantes do programa⁷. Também é com a avaliação externa que é possível constatar o reconhecimento e valorização dos esforços e resultados dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB^{7,24}. A partir dessa avaliação resultará em uma certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde^{7,24}. A quarta fase do PMAQ constitui o processo de reconstrução, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova reconstrução de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa⁶. Desta forma, os municípios que aderem ao PMAQ têm a possibilidade de estabelecer metas que visem a melhoria dos limites identificados na autoavaliação, tanto da equipe de saúde como da gestão.

O Ministério da Saúde aponta que em 2011 ao ser implantado o PMAQ teve uma adesão de 17.482 Equipes de Saúde da Família, durante o 1º Ciclo. Em 2016 o programa contava com 38.865 equipes em seu 3º Ciclo. Consta que 5.324 municípios aderiram ao mesmo, o que corresponde a 95,6% do total de municípios. No total, participam 38.865 (93,9%) equipes de AB, destas 25.090 (95,9%) com equipes de Saúde Bucal e 4.110 (91,2%) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)²⁶. No Rio Grande do Sul, 428 dos 497 municípios gaúchos aderiram ao PMAQ²⁷.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Avaliar o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte a partir da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ).

3.2 Objetivos específicos:

- Conhecer o perfil das equipes de saúde;
- Identificar a coordenação da atenção básica e da gestão municipal;
- Descrever a Organização do Processo de Trabalho;
- Caracterizar como se dá a integralidade do cuidado;
- Identificar a Participação, Controle Social e Satisfação dos Usuários;
- Descrever a Unidade Básica de saúde;
- Analisar a autoavaliação das dimensões Coordenação da Atenção básica e a Gestão Municipal;
- Estimular a reflexão dos atores envolvidos, a partir da autoavaliação, dos limites e potencialidades, do trabalho na atenção básica;
- Elaborar um projeto de intervenção que será entregue à gestão municipal de saúde a fim de que esta possa planejar as mudanças necessárias na organização da atenção básica e do sistema municipal de saúde.

4. ARTIGO

Autoavaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte a partir da ferramenta AMAQ

Resumo

A Atenção Básica em Saúde (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde que está ancorada nos seus atributos essenciais: primeiro nível de atenção, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, impulsionando assim mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte a partir da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ). Estudo de caráter transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado mediante utilização da ferramenta AMAQ-AB, a qual foi aplicada à equipe de saúde da família, à coordenação da atenção básica e à gestão municipal de saúde de um município de pequeno porte que não aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados demonstram que a não adesão e implementação do PMAQ-AB têm contribuído para a manutenção de uma prática de cuidado à saúde da população centrada no atendimento a demanda espontânea, sem planejamento de ações por parte da equipe e profissionais agindo de maneira isolada. Três subdimensões foram autoavaliadas como insatisfatórias: Apoio Institucional; Organização do Processo de Trabalho; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário. Cinco subdimensões foram autoavaliadas como regulares: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário; Educação Permanente; Perfil da equipe e Atenção Integral à Saúde. Três foram autoavaliadas como satisfatórias: Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município;

Gestão do Trabalho; Gestão do Monitoramento e Avaliação. Somente a Dimensão Unidade Básica de Saúde foi autoavaliada como muito satisfatória, incluindo nesta as subdimensões: Infraestrutura e Equipamentos; Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Os resultados desse estudo destacam que a atenção básica municipal não está orientada ao cuidado da família e da comunidade e a maneira como ela está organizada não é capaz de responder à demanda da população e nem garantir um cuidado longitudinal com a qualidade e resolutividade esperada em termos de atenção básica. Concluímos que somente a partir de um pacto entre a gestão e a equipe de saúde será possível avançar para um modelo de atenção à saúde baseado nos atributos da APS, onde respeitando os mesmos, possa melhorar a qualidade e o acesso da atenção básica municipal.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde.

Self-evaluation of Basic Health Care in a small municipality from the AMAQ tool

Basic Health Care (AB) or Primary Health Care (PHC) is a strategy of organization and reorganization of health systems that is anchored in its essential attributes: first level of attention, longitudinality, completeness and coordination of care thus impelling change in the clinical-healthcare practice of health professionals. The objective of this study was to analyze the self-assessment of the work carried out in basic care in the perspective of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) in a small municipality. A cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, using the AMAQ-AB tool (Self-Assessment for Improvement of Access and Quality in Primary Care), which was applied to the family health team, coordination of basic care and municipal management in a small municipality that did not join the PMAQ. The results demonstrate that non-adherence and implementation of PMAQ-AB may be linked to a population health care practice focused on meeting spontaneous demand, without planning of actions by the team and professionals acting in isolation. Three sub-dimensions were self-rated as

unsatisfactory: Institutional Support; Organization of the Work Process; Participation, Social Control and User Satisfaction. Five subdimensions were self-rated as regular: Organization and Integration of the Health Care Network; Participation, Social Control and User Satisfaction; Permanent Education; Team Profile and Comprehensive Health Care. Three were self-rated as satisfactory: Implementation and Implementation of Primary Care in the Municipality; Work Management; Monitoring and Evaluation Management. Only the Basic Health Unit Dimension was self-assessed as very satisfactory, including in these sub-dimensions: Infrastructure and Equipment; Inputs, Immunology and Medicines. The results of this study emphasize that the municipal primary care is not oriented to the care of the family and the community and the way in which it is organized is not able to respond to the population demand nor to guarantee a longitudinal care with the quality and resolutiveness expected in terms of basic care.

Key Words: Primary Health Care, Health Evaluation, Health Management.

4.1 Introdução

Atenção Primária à Saúde (APS), como é conhecida internacionalmente ou Atenção Básica (AB) como é chamada nacionalmente e na maioria dos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, é um componente-chave dos sistemas de saúde^{1,2}, definida como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica^{4,5}. Definida de maneira abrangente a atenção básica tem as funções de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação para pessoas e coletividades. O trabalho é preconizado para desenvolver em equipes de saúde, responsáveis por territórios definidos, onde deve, a equipe, dar resposta sanitária,

epidemiológica e responsabilizar-se pelo cuidado das pessoas, famílias e comunidades que habitam tal território, devendo ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde^{4,5}. Há inúmeros desafios relacionados à expansão da ESF podendo ser citados: estruturas físicas inadequadas; ausência de equipamentos necessários às ações de saúde; rotatividade de recursos humanos; ambiente pouco acolhedor; e falta de informação aos usuários, entre outros fatores, o que leva a um cuidado fragmentado e fragilizado⁶.

Nesta perspectiva o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19/07/2011, produto de negociação entre as três esferas de gestão do SUS e visa encontrar soluções que priorizam e qualificam o atendimento em saúde⁷. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de atividades constantemente aperfeiçoadas de acordo com seus resultados: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização⁷.

A autoavaliação figura como uma dimensão estratégica do programa, executada mediante instrumentos próprios ou pela ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)^{7,8}. A autoavaliação, proposta pela ferramenta AMAQ-AB é realizada pela equipe de saúde da família, pela gestão municipal de saúde e pela coordenação da atenção básica. Pressupomos que ao responder à AMAQ-AB a equipe estará expressando uma realidade que vivencia e por meio da qual poderá pactuar metas, de forma compartilhada com a gestão, a serem alcançadas em um determinado período^{8,9}.

Assim este estudo tem por objetivo avaliar o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte a partir da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ).

4.2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. Realizado em município de pequeno porte, com menos de cinco mil habitantes, essencialmente agrícola, localizado na região norte do Rio Grande do Sul-RS. Este município conta com aproximadamente dois terços da população vivendo no meio rural. Dados do último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam uma população de 3.857 habitantes e com população estimada em 2017 de 3.990 pessoas¹⁰. Tendo como marco histórico o fato de que no ano de 1985, oito mil colonos sem terra ocuparam uma fazenda que ficou conhecida por ser alvo da maior ocupação de terras no Brasil até então, coordenada pelo recém-criado MST (Movimento dos Sem Terra) no início do período democrático¹¹. Atualmente, na área de nove mil hectares vivem 420 famílias, organizadas em cinco assentamentos que possuem sete comunidades, com aproximadamente 1500 habitantes. A população assentada é uma importante força social, pois constitui mais de um terço do total da população municipal e foi a partir da soma da população dos assentamentos que em 1992 foi emancipado o município¹¹.

O sistema municipal de saúde está ancorado na Atenção Básica – AB, a qual é composta por duas Estratégias Saúde da Família – ESF que possui dois médicos, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com trabalho de quarenta horas semanais. Os sujeitos que participaram como respondentes do questionário da AMAQ-AB do estudo são membros das equipes de saúde da família, que estava composta por sete agentes comunitários de saúde – ACS, três técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal – ASB, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um farmacêutico e um médico, num total de 15 profissionais, as perdas se devem aos membros não conseguirem estar presentes no momento de responder ao questionário de autoavaliação. Pela gestão municipal de saúde um membro participou como respondente.

A estrutura física do sistema de saúde é formada por uma UBS localizada na sede do município e duas unidades de saúde de apoio em comunidades do interior. O município não aderiu ao PMAQ-AB, portanto, este programa não faz parte da atenção básica municipal.

O serviço de saúde deste município mantém vínculo, por meio de convênio, com a Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Passo Fundo, sendo um campo de atividades práticas para os estudantes durante a graduação e o internato do curso de medicina, na integração ensino-serviço-comunidade. O trabalho em município de base rural é um desafio cotidiano para a construção de ações e estratégias para viabilizar o acesso, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção integral à saúde dessas populações, respeitando suas singularidades e contribuindo na qualificação da rede de atenção à saúde.

Foi utilizada a versão de 2012, da ferramenta AMAQ-AB, pelos respondentes do questionário. Esta ferramenta foi elaborada a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente¹². A opção por esta versão do AMAQ, se fundamenta por esta ser a primeira versão utilizada e pelo fato do PMAQ não fazer parte dos programas municipais de saúde, portanto não faz parte da rotina dos sujeitos do estudo o uso de ferramentas de auto avaliação. Inicialmente foi realizado sensibilização da equipe de saúde e da gestão municipal, sobre o PMAQ, sendo convidados a participarem como respondentes do questionário AMAQ. A coleta dos dados foi realizada em duas reuniões da equipe de saúde da família, em momentos específicos para essa finalidade, preestabelecido e coordenado com a equipe de saúde e a gestão municipal. Separadamente um membro da gestão municipal respondeu o questionário, também em horário preestabelecido e coordenado com a gestão municipal para a coleta dos dados destes sujeitos. Também foi aplicado um questionário individual para caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao seu perfil demográfico e de formação e atuação na APS.

A autoavaliação foi realizada, a partir de duas unidades de análise: Gestão e Equipe. As quais se subdividem em quatro dimensões: 1) Gestão Municipal; 2) Gestão da Atenção Básica; 3) Unidade Básica de Saúde e 4) Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. A gestão respondeu as duas primeiras dimensões, enquanto a equipe de saúde respondeu as duas últimas. As dimensões se desdobram em treze subdimensões, que por sua vez, estão compostas por padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica¹². Os padrões foram definidos pela relação direta com as práticas e as diferentes competências dos atores envolvidos: gestão, coordenação e equipe de saúde.

O Quadro 1, a seguir, apresenta a estrutura do instrumento AMAQ-AB, versão 2012, com as competências da gestão, coordenação e equipes de atenção básica que são traduzidas por meio das subdimensões.

Quadro 1 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB:

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
Equipe	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J – Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L – Atenção integral à Saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: AMAQ-AB.

A autoavaliação foi realizada de acordo a metodologia adotada na AMAQ, que permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões

de qualidade apresentados. O padrão é a declaração da qualidade esperada¹². Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 (zero) e 10 pontos, é atribuída a cada padrão, onde o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão e o ponto 10 a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada¹².

A classificação da Subdimensão quanto ao seu nível de qualidade é feita por meio de cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões nas 5 categorias¹². Conforme demonstrado no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Percentual das subdimensões em categorias:

1 - Muito Insatisfatório	2 - Insatisfatório	3 - Regular	4 - Satisfatório	5 - Muito Satisfatório
0 - 19,99 (%)	20 - 39,99 (%)	40 - 59,99 (%)	60 - 79,99(%)	80 -100(%)

Fonte: AMAQ-AB.

A classificação da dimensão consiste na média das avaliações de suas subdimensões resultando em pontuação que varia entre 1 e 5. A média dos pontos obtidos a partir da classificação das subdimensões que compõe uma dimensão resulta em um valor que foi aplicado em escala categórica¹².

O presente estudo seguiu as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Para a sua efetivação, o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com Número de Parecer: 2.547.843. Além disso, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor. Neste termo, foi firmado o compromisso de preservação do

anonimato dos entrevistados. Os dados coletados serão utilizados apenas para realização da pesquisa e elaboração de proposta de intervenção.

4.3 Resultados

Em relação ao perfil dos participantes, constatou-se que a faixa etária variou entre 28 e 51 anos, sendo que 53% estavam entre 31 e 40 anos de idade. Dos 15 profissionais participantes, apenas um era do sexo masculino. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Básica em Saúde a equipe apresentou uma variação de 11 meses a 18 anos, ocorrendo essa mesma variação para o tempo de atuação na UBS municipal, entretanto 77,8% possuem mais de três anos. Quatro profissionais têm ensino superior e possuem pós-graduação, dos quais três com especialização na área da saúde e um não, no entanto, nenhum possui especialização em Saúde da Família. Quatro dos quinze profissionais responderam que nunca realizaram nenhum tipo de curso de formação na área da atenção básica à saúde, perfazendo 26,6% da equipe. Quanto a realização de formação, qualificação ou atualização nos últimos dois anos, oito dos quinze responderam que não realizaram nenhum curso, representando 53,3% do total da equipe, conforme mostra o quadro 3, a seguir.

Quadro 3: Perfil da equipe de saúde respondente do questionário AMAQ-AB.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	14	93,33
Masculino	1	6,66
Faixa etária		
28 a 37 anos	8	53,33
38 a 47 anos	5	33,33
48 a 57 anos	2	13,33
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	7	46,66

Auxiliar de Saúde Bucal	1	6,66
Cirurgião dentista	1	6,66
Enfermeiro	1	6,66
Farmacêutico	1	6,66
Médico	1	6,66
Técnico de Enfermagem	3	18,75
Tempo de atuação na AB em anos		
0,5 a 5	8	53,33
6 a 10	2	13,33
11 a 15	3	18,75
16 a 20	2	13,33
Tempo de atuação na UBS em anos		
0,5 a 5	9	60
6 a 10	1	6,66
11 a 15	3	18,75
16 a 20	2	13,33
Pós-graduação		
Sim	4	26,66
Não	1	73,33
	1	
Pós-graduação em Saúde da Família/Atenção Básica/Saúde Coletiva		
Sim	0	0
Não	1	100
	5	
Curso de formação em Atenção Básica		
Sim	1	73,33
	1	
Não	4	26,66
Curso de atualização nos últimos 2 anos		
Sim	7	46,66
Não	8	53,33
Total	1	100,0
	5	

Fonte: Dados da pesquisa 2018.

4.3.1 Autoavaliação da gestão municipal de saúde

A Dimensão Gestão Municipal está composta por quatro subdimensões. A Subdimensão Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município foi

avaliada como satisfatória. Já a Subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde foi avaliada como regular. A seguinte Subdimensão avaliada como satisfatória foi a Gestão do Trabalho. A quarta e última subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário foi avaliada como regular. A classificação geral da Dimensão Gestão Municipal ficou entre regular e satisfatória, recebeu uma nota de 3,5.

A Dimensão Gestão da Atenção Básica está composta por três subdimensões. A Subdimensão Apoio Institucional foi avaliada como insatisfatória. A Subdimensão Educação Permanente ficou classificada como regular. A terceira e última Subdimensão desta dimensão é Gestão do Monitoramento e Avaliação – M&A foi avaliada como satisfatória. Esta dimensão foi avaliada e classificada como regular após a soma e divisão de todos os padrões avaliados em cada um das subdimensões.

4.3.2 Autoavaliação da equipe de saúde

A Dimensão Unidade Básica de Saúde está subdividida em duas subdimensões. A Subdimensão Infraestrutura e Equipamentos foi avaliada como muito satisfatória. Da mesma maneira, a Subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi classificada como muito satisfatória. Esta dimensão foi classificada como muito satisfatória, recebendo a pontuação de cinco (5).

A Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde está subdividida em quatro subdimensões. A Subdimensão Perfil da Equipe ficou avaliada como regular. A seguinte Subdimensão, Organização do Processo de Trabalho foi avaliada como insatisfatória. Já a Subdimensão Atenção Integral à Saúde foi classificada como regular. A última Subdimensão avaliada, Participação Social e Satisfação do Usuário foi classificada como insatisfatória. A classificação desta dimensão ficou com uma nota de 2,5. Sendo esta classificada como insatisfatória à regular.

A autoavaliação realizada apontou que dos 109 padrões avaliados pela gestão e pela equipe de saúde, 59 obtiveram nota inferior a cinco, perfazendo 54,12% do total dos padrões. Sendo distribuído da seguinte maneira: obteve nota igual a cinco: 13 padrões; nota 4: 9 padrões; nota 3: 19 padrões; nota 2: 2 padrões; nota 1: 1 padrão e nota igual a zero: 15 padrões. O quadro a seguir, demonstra a distribuição das notas abaixo de cinco, em números absolutos e percentuais, respectivamente.

Quadro 4: Distribuição das notas abaixo de 5.

Notas	Números de padrões	%
5	13	22,00
4	9	15,25
3	19	32,50
2	2	3,50
1	1	1,75
0	15	25,50
Total	59	100

Fonte: Dados da pesquisa 2018.

No Quadro 5, a seguir, apresentamos de forma resumida e agrupada as informações obtidas pela autoavaliação, após a aplicação da ferramenta AMAQ-AB, para equipe de saúde e para a gestão municipal de saúde.

Quadro 5: Autoavaliação pela equipe e gestão municipal de saúde.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão	Classificação das subdimensões Pela pesquisa	Classificação da dimensão pela pesquisa	Equipe Avaliadora
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município	Satisfatório	Entre Regular e Satisfatória	Gestão
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde	Regular		
		C - Gestão do Trabalho	Satisfatório		
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Regular		
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional	Insatisfatório	Regular	
		F - Educação Permanente	Regular		
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	Satisfatório		
Equipe	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos	Muito Satisfatório	Muito Satisfatória	Equipe de Saúde
		I - Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	Muito satisfatório		
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe	Regular	Entre Insatisfatória e Regular	
		K - Organização do Processo de Trabalho	Insatisfatório		
		L - Atenção integral à Saúde	Regular		
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Insatisfatório		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4.4 Discussão

Este estudo foi realizado de maneira singular devido ao fato de aplicar uma ferramenta de autoavaliação à equipe de saúde e gestão municipal em município que não aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Sendo o primeiro contato dos atores envolvidos como respondentes na realização de autoavaliação da atenção básica municipal, utilizando a ferramenta AMAQ.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2011 ao ser implantado o programa teve uma adesão de 17.482 Equipes de Saúde da Família, durante o 1º Ciclo. Já em 2016 o PMAQ contava com 38.865 equipes cadastradas em seu 3º Ciclo. Isto significa que 5.324 municípios brasileiros aderiram ao programa, o que corresponde a 95,6% do total de municípios. No total, participam 38.865 (93,9%) equipes de Atenção Básica, destas 25.090 (95,9%) com equipes de Saúde Bucal e 4.110 (91,2%) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹³. No Rio Grande do Sul, 428 dos 497 municípios gaúchos aderiram ao PMAQ, totalizando 86,11%¹⁴. O município em estudo, no entanto, não realizou adesão ao programa, mesmo com a possibilidade de cadastramento no decorrer deste período. Para realizar adesão ao PMAQ é necessária decisão da gestão municipal de saúde e pactuação com as equipes de saúde.

Os resultados desse estudo destacam que a maneira como está organizada, a atenção básica municipal não é capaz de responder à demanda da população e nem garantir um cuidado longitudinal com a qualidade e resolutividade esperada em termos de atenção básica. Outrossim, em termos de cumprimento e alinhamento aos atributos da atenção básica é possível afirmar, a partir desta pesquisa que há muitos limites em termos de cumprir com a função de ser a porta de entrada, coordenadora do cuidado. Não é possível afirmar que a atenção básica esteja orientada ao cuidado da família e da comunidade.

4.3.1 Unidade de análise: Gestão

Na autoavaliação da gestão municipal, realizada por um profissional, a Subdimensão Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município ficou classificada como satisfatória. No entanto, a gestão avaliou que não possui programa ou política de educação permanente elaborada e instituída para a atenção básica. Este resultado é condizente com outros resultados encontrados também na autoavaliação da equipe de saúde, onde esta aponta que não há reuniões da equipe de saúde, portanto, sendo uma limitante para acontecer a educação permanente na atenção básica municipal. Sendo assim o município não implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS¹⁵. Nesse contexto, há trabalhos afirmando que atividades como rodas de educação permanente são um importante espaço de discussão, no coletivo e nas unidades de saúde. Elas representam um potencial tanto para promover a gestão participativa quanto para a apropriação das políticas de saúde pública pelos trabalhadores. Além de humanizar as relações de trabalho¹⁶.

A Subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde foi avaliada como regular. Em se tratando de município de pequeno porte, com pouca estrutura física de saúde contando apenas com uma UBS na sede do município e duas unidades de saúde de apoio em comunidades do interior do município. Não havendo outros pontos de atenção que possam compor uma rede de serviços de saúde a nível municipal. As Redes de Atenção à Saúde - RAS pode ser entendida como conjuntos de serviços de saúde, vinculada entre si, com objetivos comuns. Elas devem ofertar uma atenção contínua e integral à população de um território definido. A atenção primária à saúde deve coordenar a RAS¹⁷. Como o município tem pouca população, não há serviços de saúde no nível de especialidades, urgência e emergência e hospitalares, sendo a UBS o primeiro contato da população com o sistema de saúde.

A Subdimensão Gestão do Trabalho foi avaliada como satisfatória, sendo avaliado como positivo que a maioria dos trabalhadores da saúde municipal mantém vínculo de trabalho estável, sendo concursados no município e contam com planos de carreiras, cargos e salários. Neste sentido, trabalho realizado com o objetivo de descrever o processo de autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (AMAQ-AB), em um município do interior do Ceará avaliou a subdimensão gestão do trabalho como insatisfatória e concluiu que na UBS analisada, o município não possui programa de incentivo financeiro para as equipes de atenção básica, que apresentam desempenho compatível com metas e resultados esperados. Também não garante aos trabalhadores da atenção básica plano de carreiras, cargos e salários¹⁸. Há estudos afirmando que quando há garantia de um plano de cargos, carreiras e salários e de incentivos, este leva a garantia da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional. Desta maneira é possível associar a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação¹⁹.

A gestão do município em estudo avaliou como regular a Subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário. Reconhecendo em sua autoavaliação que a gestão municipal de saúde não desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da atenção básica e que tampouco disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas. Estes dois padrões foram os que menor desempenho apresentaram na autoavaliação, evidenciando uma frágil participação e controle social no sistema de saúde municipal. O Ministério da Saúde preconiza que assegurar aos cidadãos o acesso às informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação da política municipal de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania da população brasileira. Para isso, estabelecer mecanismos de avaliação do serviço também é fundamental para que os usuários possam opinar sobre a atenção ofertada pela equipe, assim como a equipe saber quão satisfeitos os usuários estão²⁰. Assim podemos dizer que há uma lacuna na participação da sociedade civil no que se refere a participação e controle social e não podemos

concluir qual opinião da população usuária em relação a satisfação com os serviços de saúde.

Na Dimensão Gestão da Atenção Básica, ao analisar a primeira Subdimensão Apoio Institucional, o mesmo foi avaliado como sendo insatisfatório. Os aspectos que menor desempenho obtiveram na autoavaliação foram: A gestão da atenção básica não estabelece relação democrática e dialógica com as equipes e que a gestão não oferta apoio institucional para as equipes de atenção básica. Pode-se inferir que este é um estilo de gestão pouco democrática e sem a participação da equipe no planejamento do cotidiano do trabalho em saúde. Esta situação enfatiza uma vez mais a falta de autonomia da equipe de saúde em realizar planejamento, ações e avaliação de suas atividades em saúde.

A Educação Permanente foi avaliada como regular. Esta Subdimensão conta com seis padrões de avaliação, destes, cinco obtiveram notas de três e quatro, apenas um padrão obteve nota seis. O município não instituiu a Política Nacional de Educação Permanente e não há espaço para reuniões de equipe de saúde, desta forma não há incentivo para que aconteça a educação permanente em saúde na atenção básica municipal. Mesmo que na autoavaliação realizada pela gestão esta dimensão tenha sido classificada como regular estamos diante de um dos nós críticos em relação a organização do processo de trabalho e do funcionamento da atenção básica municipal.

A Subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação-M&A foi classificada como satisfatória. Sendo que a melhor avaliação foi atribuída ao fato de a gestão da atenção básica utilizar as informações do sistema de informação da atenção básica como instrumento de gestão e com pior desempenho na avaliação o quesito sobre a falta de discussão entre gestão e equipes sobre os compromissos pactuados com outras esferas de gestão. Embora os compromissos assumidos com outros programas e com outras esferas de gestão como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), deveria ser apresentado e debatido com a equipe de saúde, considerando que

os resultados produzidos dependem do trabalho desses profissionais. No entanto, na autoavaliação realizada pela equipe aparece que não há participação desta nas pactuações, pois estas não são precedidas de discussões e diálogos com as equipes. Configurando a falta de diálogo entre a gestão e equipe de saúde. Podemos assim concluir que há uma maneira pouco democrática na metodologia da gestão de saúde em estabelecer canais de diálogo com a equipe e com isso pouca ou nenhuma participação da equipe nas decisões acerca da saúde pública municipal.

4.4.1 Unidade de análise: Equipe

A Dimensão Unidade Básica de Saúde foi a única dimensão avaliada como muito satisfatória. As duas subdimensões que compõe esta dimensão são: Infraestrutura e Equipamentos; Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Ambas as subdimensões obtiveram por parte da autoavaliação da equipe notas que as classificaram como muito satisfatórias. No entanto, estudo realizado com o objetivo de descrever o processo de autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (AMAQ-AB), em um município do interior do Ceará avaliou a dimensão unidade básica de saúde como insatisfatório. Este estudo elencou as principais dificuldades encontradas pelos profissionais: infraestrutura física e equipamentos da UBS inadequados para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e para o acolhimento dos usuários; falta de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitam o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade; infraestrutura, equipamentos e instrumentais odontológicos insuficientes; falta de insumos e medicamentos para atendimento nos casos de urgência e emergência¹⁸. Nenhuma destas dificuldades foram encontradas na autoavaliação do presente estudo. Na mesma linha, outro estudo realizado em Minas Gerais com o objetivo de avaliar a infraestrutura das unidades de saúde da família e os equipamentos para ações na atenção básica, avaliou 75 equipes e concluiu que a classificação da Subdimensão Infraestrutura e Equipamentos situou-se no padrão insatisfatório para 48% das unidades avaliadas; apenas 1,3% com disposição de telefone e internet; 1,3% com recursos para atender urgência e emergência e somente

5,3% das unidades apresentaram total adequação para as ações em saúde²¹. Contrastando com as condições adequadas de infraestrutura encontrada no presente estudo.

A primeira Subdimensão, Perfil da Equipe, da Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral a Saúde, foi avaliada como regular. Um dos elementos avaliados se refere aos profissionais de nível superior, os mesmos não possuem formação complementar para o trabalho na atenção básica. Os quatro profissionais com nível superior que responderam o questionário possuem pós-graduação, mas nenhum deles com especialização em saúde da família. Este fato pode ser de significância, pois estudos apontam a importância da Medicina de Família e Comunidade como especialidade, que vem investindo na consolidação de um núcleo de conhecimentos e práticas, que pode ser caracterizado, entre outras coisas, por uma clínica centrada na pessoa e não na doença, realizando o cuidado continuado e a gestão de planos terapêuticos individuais e familiares. Além da dimensão comunidade, que é abordada por meio do olhar epidemiológico²², mas com possibilidades de outras intervenções. Também nesta mesma subdimensão, perfil da equipe, outro aspecto que foi avaliado negativamente pela equipe de atenção básica diz respeito a participação em cursos de atualização e qualificação e a aplicação dos conhecimentos na melhoria e qualificação da AB. Sendo que a secretaria de saúde muito raramente oferece alguma qualificação aos profissionais e também não há nenhuma exigência de conhecimentos específicos sobre Atenção Básica no momento da contratação, exceto o nível escolar e a carteira profissional.

A Subdimensão Organização do Processo de Trabalho foi avaliada como insatisfatória. Os padrões que receberam nota zero na autoavaliação da equipe foram: *“A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários”*; *“A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”*; *“A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente”*; *“A equipe de atenção básica*

realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados”. Estes são os padrões considerados nós críticos na organização do processo de trabalho da equipe. No estudo em um município do interior do Ceará que avaliou esta mesma subdimensão concluiu como satisfatória tal subdimensão. Outro estudo realizado em Minas Gerais com o objetivo de analisar a qualidade da AB na visão das equipes de saúde da família, e concluiu que na dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, constatou-se que 44,0% das equipes alcançaram o nível satisfatório e que nenhuma equipe foi classificada no padrão muito insatisfatório e somente 10,7% tiveram uma avaliação insatisfatória²³.

A Subdimensão Atenção Integral a Saúde foi avaliada como regular, no entanto, esta subdimensão conta com 42 padrões de avaliação e no total 12 padrões receberam nota zero. As fragilidades apontadas pela equipe foram as seguintes: a equipe de atenção básica não acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano da sua área de abrangência; a equipe não acompanha as crianças com idade entre 12 meses e 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade; não realiza consulta de puerpério até 42 dias após o parto; não realiza ações de atenção integral à saúde do homem; não desenvolve ações regulares de planejamento familiar; não têm ações de vigilância e acompanhamento dos casos de tuberculose e hanseníase no território; não desenvolve ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz; não têm ações relacionadas à saúde do trabalhador; não trabalha com atividade física no território; não participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial; não desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território. Com todas essas fragilidades apontadas pela equipe de saúde fica claro que somente uma reestruturação na organização da atenção integral a saúde da população pode contribuir para superar essas lacunas.

A última Subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, foi avaliada como insatisfatória. A equipe avaliou que não há reuniões com a

comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados; também avaliou que não há disponibilidade de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.

Os resultados serão disponibilizados aos gestores de saúde e equipe, em forma de projeto de intervenção, para que os mesmos possam desenvolver um planejamento estratégico a fim de melhorar as necessidades encontradas.

5. CONCLUSÃO

A não adesão e implementação do PMAQ-AB no município têm contribuído para a manutenção de uma prática de cuidado à saúde da população centrada no atendimento a demanda espontânea, sem planejamento de ações por parte da equipe e cada profissional agindo de maneira isolada, não acontecendo trabalho em equipe.

Diferente de outros estudos que analisaram a infraestrutura de UBS como sendo insatisfatório, este estudo, avaliou que a infraestrutura da UBS, os equipamentos, os insumos, os imunobiológicos e os medicamentos estão muito satisfatórios para que a equipe de saúde possa desenvolver o trabalho de maneira adequada.

Na organização do processo de trabalho, é onde se encontram os principais nós críticos, visto que não há população adscrita para as equipes de saúde; o atendimento à demanda populacional se dá de maneira espontânea, sem planejamento ou agendamento; sistema de fichas por ordem de chegada. Não há cuidado longitudinal pela mesma equipe de saúde. O cuidado é médico centrado; não há reunião de equipes de saúde; acolhimento ao usuário não está adotado; ausência de planejamento estratégico; não realização de atividades de promoção à saúde; não há trabalho em equipe, com ciclo, planejamento-ação-avaliação. A partir destas

observações, considera-se que o funcionamento do serviço de saúde segue o modelo de UBS tradicional.

Somente um pacto entre a gestão e a equipe de saúde e estabelecendo diálogo com a comunidade será possível avançar na maneira como se trabalha atualmente para um modelo de atenção à saúde baseado nos atributos da APS, onde respeitando os mesmos, possa melhorar a qualidade e o acesso da atenção básica municipal.

A partir deste estudo foi elaborado um projeto de intervenção na atenção básica municipal, para o qual se utilizará uma proposta de matriz de intervenção, onde se abordará oito padrões de qualidade que obtiveram os piores desempenhos na autoavaliação da equipe e da gestão. Construído de maneira coletiva entre gestão e equipe de saúde, pactuando prazos, resultados esperados, recursos necessários, atividades a serem desenvolvidas e estratégias para alcançar as metas e os objetivos.

6. REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. 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.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html [Acesso em 09 de março de 2019].
6. Rocha ES, Souza EC, Lima MV. Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. Sanare, Sobral, v. 15, n. 01, p.8-14, jan./jun. 2016. Semestral.
7. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Pinto HA, Sousa A. 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, [S.l.], v. 6, n. 2, aug. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. [Acesso em 01 de dezembro de 2017].
9. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pontao/panorama>>. [Acesso em 10 de março de 2019].

11. Dickel SL. Terras da Annoni: entre a propriedade e a função social, Curitiba: Prismas, 2017. Pag. 218.

12. Brasil. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

13. Ministério da Saúde, Brasil. Portaria de homologação das equipes participantes do 3º Ciclo do PMAQ. Brasília, 13 set. 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2235. [Acesso em 4 de março de 2019].

14. Ministério da Saúde, Brasil. Adesões ao PMAQ - 3º ciclo, Relatório Estadual. Brasília, 2016. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq. [Acesso em 4 de março de 2019].

15. Ministério da Saúde, Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev. 2004a. Seção 1.

16. Cardoso IM. Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, v. 21, n. 1, p.18-28, maio 2012. Mensal. (pag: 27).

17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010. FaqUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>.

18. Cavalcante AS et al. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em Município do Interior do Ceará. Rev. APS., Juiz de Fora-MG, jan/mar. 2018. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16168>. [Acesso em 11 de março de 2019].

19. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010 fev.; 26(2):253-263.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Satisfação dos usuários da atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

21. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare enferm.* 2017; 22(2): 51283. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>

22. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 35, n. 1, p.01-04, 10 jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170917>.

23. Moreira KS, Vieira MA, Costa SM. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127; OUT-DEZ 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000400117&script=sci_abstract&tlng=pt. [Acesso em 11 de março de 2019].

7. RELATÓRIO TÉCNICO

7.1 Projeto de intervenção

7.1.1 Justificativa

É importante ter a clareza de que este projeto de intervenção visa contribuir para que a atenção básica municipal possa ir rumo a Estratégia Saúde da Família, pois conforme encontrado na autoavaliação da equipe e da gestão, são muitos os padrões de qualidade que precisam ser superados, neste sentido. Assim, como objetivos a serem alcançados tomamos como base os atributos da atenção básica e a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2017, que traz no seu Art. 3º os Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica. Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade e as Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade. Também traz em seu Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Embora esta mesma portaria reconheça outras formas de atenção básica que estejam de acordo aos princípios e diretrizes mencionadas anteriormente, ela recomenda que estas devem ser de caráter transitório e que devem ser estimuladas a conversão em Estratégia Saúde da Família¹.

Outro objetivo deste projeto de intervenção é realizar uma compilação dos padrões avaliados com notas muito baixas e dando continuidade ao processo de autoavaliação realizada pela equipe de saúde e gestão municipal, propor uma Matriz de Intervenção pactuada entre ambos.

A autoavaliação realizada apontou que dos 109 padrões avaliados pela gestão e pela equipe de saúde, 59 obtiveram nota inferior a cinco, perfazendo 54,12% do total dos padrões. Sendo distribuído da seguinte maneira: obteve nota igual a cinco: 13 padrões; nota 4: 9 padrões; nota 3: 19 padrões; nota 2: 2 padrões; nota 1: 1 padrão e nota igual a zero: 15 padrões.

Quanto a avaliação das subdimensões ficou classificada como insatisfatória a subdimensão Organização do Processo de Trabalho; a subdimensão Participação Controle Social e Satisfação do Usuário e a subdimensão Apoio Institucional. Outras cinco ficaram classificadas como regulares, três como satisfatória e somente a dimensão Unidade Básica de Saúde ficou classificada como muito satisfatória. Conforme é possível observar no quadro 6, a seguir.

Quadro 6: Autoavaliação pela equipe e gestão municipal de saúde.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão	Classificação das subdimensões Pela pesquisa	Classificação da dimensão pela pesquisa	Equipe Avaliadora
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município	Satisfatório	Entre Regular e Satisfatória	Gestão
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde	Regular		
		C - Gestão do Trabalho	Satisfatório		
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Regular		
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional	Insatisfatório	Regular	
		F - Educação Permanente	Regular		
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	Satisfatório		
		Unidade Básica de	H - Infraestrutura e Equipamentos	Muito Satisfatório	

Equipe	Saúde	I - Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	Muito satisfatório		Equipe de Saúde
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe	Regular	Entre Insatisfatória e Regular	
		K - Organização do Processo de Trabalho	Insatisfatório		
		L - Atenção integral à Saúde	Regular		
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Insatisfatório		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dos quinze padrões que não pontuaram todos eles estão na dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral a Saúde, muitos deles irão compor a Matriz de Intervenção. Estão descritos todos a seguir:

1. A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.
2. A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.
3. A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente.
4. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.
5. A equipe de atenção básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano da sua área de abrangência.
6. A equipe de atenção básica acompanha as crianças com idade entre 12 meses e 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.
7. A equipe de atenção básica realiza consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

8. A equipe de atenção básica realiza ações de atenção integral à saúde do homem.

9. A equipe de atenção básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar.

10. A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.

11. A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, controle e tratamento da hanseníase no território.

12. A equipe de atenção básica desenvolve ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz.

13. A equipe de atenção básica identifica situações de risco e ocorrências relacionadas à saúde do trabalhador e adota as medidas necessárias.

14. A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.

15. A equipe de atenção básica desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território.

Outros padrões de importância foram os 19 padrões que receberam nota três, os quais podem ser conferidos no documento em anexo. Os três padrões que receberam nota de um e dois mencionamos a seguir:

1. A equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações.

2. A equipe de atenção básica desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.

3. A equipe de atenção básica atua regularmente na rede pública escolar avaliando as condições de saúde dos educandos e desenvolvendo ações preventivas e promotoras de saúde.

A subdimensão Apoio Institucional também foi avaliada como insatisfatória, portanto, mencionamos a seguir os padrões que compõem tal subdimensão:

1. A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.
2. A gestão da AB oferta apoio institucional para as equipes de atenção básica.
3. O processo de trabalho do apoiador institucional é organizado considerando os principais desafios para a qualificação da atenção básica.

Outra subdimensão de interesse é a Educação Permanente, ela está composta por seis padrões de avaliação dos quais cinco obtiveram notas três e quatro e apenas um obteve nota seis, foi classificada como regular, mas podemos considerar uma limitante na organização da atenção básica municipal, descrevemos a seguir os padrões com pior desempenho na avaliação:

1. As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.
2. A gestão da atenção básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.
3. A gestão da atenção básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.
4. A gestão da atenção básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.

Estes são os padrões elencados pela autoavaliação com menor desempenho, será apresentada em seguida a metodologia do projeto de intervenção.

7.1.2 Metodologia

Este projeto de intervenção será realizado mediante a utilização da Matriz de Intervenção, a qual é parte constituinte da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade – AMAQ. Para fins deste projeto seguiremos a seguinte metodologia:

1. Elencar os padrões avaliados como insatisfatórios, com notas zero, um e dois;
2. Garantir que na Matriz de Intervenção, estejam os padrões das subdimensões avaliadas como insatisfatórias.
3. Priorizar oito padrões avaliados com as menores notas recebidas;
4. Elaborar objetivos e metas para cada padrão;
5. Elaborar estratégias e atividades para atingir as mesmas;
6. Indicar recursos necessários e responsáveis por cada atividade;
7. Estabelecer os prazos e mecanismos de monitoramento e resultados esperados².

A Matriz de Intervenção é composta de dez itens, organizados de maneira que seja possível planejar a intervenção com vistas a superação dos principais problemas encontrados pela autoavaliação da gestão e da equipe de saúde. Descreveremos a seguir tais itens:

1. Descrição do padrão;
2. Descrição da situação-problema para o alcance do padrão;
3. Objetivo/ Meta;
4. Estratégias para alcançar os objetivos/metasp;
5. Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução);
6. Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades;
7. Resultados esperados;
8. Responsáveis;
9. Prazos;

10. Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados.

O projeto de intervenção se propõe, com base nos resultados da pesquisa, organizar uma proposta que será apresentada a equipe de saúde e gestão municipal, estes atores foram os que realizaram a autoavaliação, eles podem modificar a proposta inicial. Portanto, alguns itens da Matriz de Intervenção serão preenchidos, construídos e pactuados conjuntamente, itens como: responsáveis e prazos.

7.1.3 Descrição do produto

Os padrões que compõem esta Matriz de intervenção são os seguintes:

1. A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.
2. A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.
3. A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente.
4. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.
5. A equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações.
6. A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.
7. A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.
8. As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.

A Matriz de Intervenção será organizada e apresentada na forma de quadros. Com a finalidade de facilitar a apresentação e a compreensão da intervenção proposta. Cada quadro abordará um padrão de qualidade com as propostas de intervenção do mesmo.

Em anexo será disponibilizado o questionário usado na pesquisa assim como os resultados de cada padrão avaliado pela equipe de saúde e pela gestão municipal.

Quadro 7: Matriz de Intervenção 1

Descrição do padrão: A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Os profissionais atendem somente a demanda espontânea. A agenda de trabalho não é definida pela equipe.						
Objetivo/ Meta: Organizar a agenda de trabalho dos profissionais da equipe.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Elaborar uma proposta de agenda de trabalho para todos os profissionais da equipe.	Discutir na equipe qual melhor agenda de trabalho para cada profissional; Propor para a gestão municipal de saúde uma agenda condizente com os princípios da ESF.	Reunião de equipe; Reunião com a gestão municipal.	Melhorar o acesso da população ao serviço de saúde; Desenvolver atividades de acordo as necessidades da população e capacidade da equipe.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Definir juntamente e com a equipe de saúde.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 8: Matriz de Intervenção 2

Descrição do padrão: A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Não é utilizada nenhuma estratégia ou ferramenta de abordagem familiar pela equipe de saúde.						
Objetivo/ Meta: Utilizar ferramentas de abordagem familiar, tais como: Visita domiciliar, genograma e PRACTICE.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Realizar formação com a equipe para conhecimento das ferramentas.	Criar espaço na agenda profissional para visitas domiciliares; Implantar genograma no prontuário.	Meios de transporte para as visitas domiciliares; Implementar genograma no prontuário.	Visualização do genograma no prontuário; Visitas domiciliares planejadas e executadas com a equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 9: Matriz de Intervenção 3

Descrição do padrão: A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Não é feita reuniões de equipe.						
Objetivo/ Meta: Realizar reuniões de equipe periodicamente.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Criar espaço na agenda de trabalho dos profissionais para reuniões semanais.	Propor horário de reunião de duas horas semanalmente com a equipe de saúde, envolvendo os ACS.	Espaço de duas horas na agenda de cada profissional destinado a reunião de equipe; Sala de reuniões para a equipe de saúde.	Melhorar a organização do processo de trabalho; planejar as ações necessárias; melhorar o trabalho em equipe.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 10: Matriz de Intervenção 4

Descrição do padrão: A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A equipe de atenção básica não monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Não discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos. Não identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a correção de rumos.						
Objetivo/ Meta: Realizar monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Elaborar proposta onde a equipe de saúde possa discutir essas temáticas: reuniões de equipe.	Realizar formação com a equipe sobre avaliação e monitoramento das ações e resultados;	Reuniões de equipe.	Fomentar a cultura de trabalho em equipe com metas e avaliação dos resultados;	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 11: Matriz de Intervenção 5

Descrição do padrão: A equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A equipe de atenção básica não planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e não envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações						
Objetivo/ Meta: Realizar planejamento de ações com base no diagnóstico situacional do território.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Realizar diagnóstico situacional do território.	Definir território de abrangência das equipes de ESF; Organizar formação sobre o tema com a equipe de saúde.	Definir responsabilidade territorial para cada equipe; Reuniões de equipe.	Autonomia para equipe realizar diagnóstico situacional e propor ações condizentes com as demandas do território.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 12: Matriz de Intervenção 6

Descrição do padrão: A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A gestão da atenção básica não estabelece relação democrática e dialógica com as equipes. Não estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções.						
Objetivo/ Meta: Estabelecer relação democrática, cooperativa e aberta ao diálogo com suas equipes de saúde.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Estabelecer planejamento, pactuação, avaliação e agendas de educação permanente com a equipe.	Permitir a autonomia das equipes de saúde ao planejamento de suas atividades; organizar espaços de educação permanente.	Gestão de acordo ao preconizado na PNAB e para a ESF.	Alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde; Melhor autoestima da equipe de saúde.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 13: Matriz de Intervenção 7

Descrição do padrão: A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A equipe de atenção básica não desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.						
Objetivo/ Meta: Desenvolver práticas de atividade física no território.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Realizar atividades como alongamento, caminhada e dança.	Permitir a autonomia das equipes de saúde ao planejamento de suas atividades; organizar espaços de educação permanente.	Realizar a gestão da atenção básica de acordo ao preconizado na PNAB e para a ESF.	Aumentar a atividade física na comunidade e melhorar as condições de Saúde e qualidade de vida da população.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

Quadro 14: Matriz de Intervenção 8

Descrição do padrão: As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Não há educação permanente para os profissionais da atenção básica.						
Objetivo/ Meta: Implementar a educação permanente na atenção básica municipal.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolver as atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar os resultados
Implementar a política de educação permanente para a atenção básica municipal.	Organizar agenda com horários destinados à educação permanente a todos os profissionais da atenção básica.	Sala de reuniões com condições adequadas.	Contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Definir juntamente com a equipe de saúde e gestão.	Acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se ela foi realizada.

7.1.4 Considerações finais

Para a implantação e implementação deste projeto de intervenção é necessário que a gestão municipal de saúde e a coordenação da atenção básica municipal criem as condições adequadas, permitindo que a equipe de saúde possa desenvolver suas práticas de trabalho de acordo ao preconizado para uma equipe de saúde da família e contribuindo assim para melhoria do acesso da qualidade na atenção básica municipal.

7.1.5. Referências bibliográficas do relatório técnico

1. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Consultado em 09/03/2019.

2. Brasil. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Malta DC et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 2, p.327-338, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
5. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. [Acesso em 25 de julho de 2019].
6. Rocha ES, Souza EC, Lima MV. Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. *Sanare, Sobral*, v. 15, n. 01, p.8-14, jan./jun. 2016. Semestral.
7. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pontao/panorama>>. [Acesso em dezembro de 2017].
9. Dickel SL. Terras da Annoni: entre a propriedade e a função social, Curitiba: Prismas, 2017. Pag. 218.
10. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
11. Conill EM. 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. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

12. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2): 84–95.

13. Angeli SL, Casotti CA, Lima CSC, A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(2):21-232. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025587023>. [Acesso em 5 de outubro de 2017].

14. Teixeira CF. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006.

15. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R, 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

17. Contandriopoulos AP, Avaliando a institucionalização da avaliação; *Ciência & Saúde Coletiva* [on line] 2006, 11 (julho-setembro): Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011317>>. [Acesso em 6 de outubro de 2017].

18. Hartz, Z. M. A.; *Avaliação em Saúde*. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. Pereira IB, Lima JCF. - 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. pp 50-55.

19. Tanaka, OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 20, n. 4, p.927-934, dez. 2011. UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000400010>.

20. Bodstein, R. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em Promoção da saúde. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 7-15, 2009.

21. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Saúde. Análise de dados e uso da informação no SUS. Prefeitura da Cidade de São Paulo [internet]; 2012

[citado em: 2012 set 12]. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/analise-de-dados-e-uso-dainformacao-no-sus/3a-turma/Painel_de_Monitoramento_SC_outubro_2008.pdf.

22. Hartz Z. et al. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Brasília: MS; 2003.

24. Pinto HA, Sousa A. 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, [S.l.], v. 6, n. 2, aug. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. [Acesso em 01 de dezembro de 2017].

25. Brasil. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

26. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

27. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html [Acesso em 09 de março de 2019].

9. APÊNDICES e ANEXOS

9.1 APÊNDICE A - Questionário de caracterização do entrevistado

Nome Completo: _____

Idade: [__] [__] anos

Profissão: _____

Quanto tempo atua na Atenção Básica em Saúde/Gestão? [__] anos [__] meses

Quanto tempo atua nesta Unidade/Setor? [__] anos [__] meses

Já realizou algum curso de pós-graduação? _____

Possui especialização em Saúde da Família? _____

Já realizou algum curso de formação na área da atenção básica? e/ou gestão? Se sim, qual e quando?

Recebeu algum curso de formação, qualificação ou atualização nos últimos dois anos? Se sim, qual e quando? _____

Contato:

E-mail: _____

Telefone: (____) _____

9.2 APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) profissional e/ou gestor,

Você está sendo convidado a participar de maneira voluntária da pesquisa: “Avaliação da atenção básica de saúde em município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”

Objetivo da pesquisa: Analisar o trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Procedimento: Sua participação se dará por meio de realização de autoavaliação do processo de trabalho em conjunto com a equipe, sendo utilizado para essa finalidade a ferramenta AMAQ-AB (autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica), será realizado a autoavaliação em três espaços coletivos e diferentes: pelas equipes de saúde da família, pela coordenação da atenção básica e pela gestão municipal de saúde. Também será necessário o preenchimento de um questionário com seus dados demográficos e formação e atuação na atenção básica.

Desconforto, riscos e benefícios: os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto pela exposição de suas constatações e opiniões sobre a atenção básica municipal. Os benefícios desta pesquisa são para o serviço de saúde municipal.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido sobre todo e qualquer aspecto que achar necessário, estando

livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa ou interrupção de participação não acarretará em nenhum prejuízo de qualquer ordem. Todas as informações coletadas serão tratadas com sigilo de maneira profissional. Os resultados serão publicados e de maneira alguma seu nome ou qualquer outra característica que leve a sua identificação serão expostos, sendo seu nome codificado para posterior publicação. Uma via desse consentimento informado será mantida em poder do pesquisador e outra de mesmo teor de conteúdo será fornecida a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: os participantes não terão nenhum ônus de ordem financeira, bem como também não receberão nenhum adendo econômico diante de sua participação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ afirmo que fui esclarecido (a) de maneira detalhada e precisa sobre os objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Possuo inteiro conhecimento de que minha participação é voluntária e que meu consentimento ou participação poderão ser interrompidos a qualquer momento sem prejuízos a minha pessoa.

Nome do(a) participante

Nome do pesquisador

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas ou qualquer prejuízo decorrente da participação na pesquisa, entrar em contato com Pesquisadores: Aline Corrêa de Souza (pesquisador responsável) e Antonio Marcos de Almeida (pesquisador assistente); Tel: (54) 999867031

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA). Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – CEP 90050-170 Fone (51) 3303-9000.

9.3 APÊNDICE C – Resultados da classificação das dimensões

Dimensão gestão municipal

Subdimensão A: implantação e implementação da Atenção Básica no município - 90 pontos										
Nº padrões	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	Soma total
Resultado obtido	9	7	8	8	7	6	8	3	9	65
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 17		18 a 35		36 a 53		54 a 71		72 a 90	
Subdimensão B: Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde - 30 pontos										
Nº padrões	1.10		1.11		1.12		Soma total			
Resultados obtidos	5		5		5		15			
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 5		6 a 11		12 a 17		18 a 23		24 a 30	
Subdimensão C: Gestão do trabalho – 40 pontos										
Nº padrões	1.13		1.14		1.15		1.16		Soma total	
Resultados obtidos	9		3		8		5		25	
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 7		8 a 15		16 a 23		24 a 31		32 a 40	
Subdimensão D: Participação, controle social e satisfação do usuário – 40 pontos										
Nº padrões	1.17		1.18		1.19		1.20		Soma total	
Resultados obtidos	3		3		8		9		23	
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 7		8 a 15		16 a 23		24 a 31		32 a 40	

Classificação da Dimensão Gestão Municipal

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
A				X	
B			X		
C				X	
D			X		
Soma dos pontos= 14/4 = 3,5: dimensão entre regular e satisfatória.					

Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensão E: Apoio institucional – 30 pontos							
Nº padrões	2.1	2.2	2.3	Soma total			
Resultados obtidos	3	4	4	11			
Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório		
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30		
Subdimensão F: Educação permanente – 60 pontos							
Nº padrões	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	Soma total
Resultados obtidos	4	3	4	3	6	4	24
Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular		Satisfatório		Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35		36 a 47		48 a 60
Subdimensão G: Gestão do monitoramento e avaliação – M&A – 50 pontos							
Nº padrões	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14	Soma total	
Resultados obtidos	4	8	6	5	8	31	
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório	
Pontos	0 a 9		10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 50	

Classificação da Dimensão Gestão da Atenção Básica.

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
E		X			
F			X		
G				X	
Soma dos pontos= 9/3 = 3: dimensão classificada como regular.					

Dimensão unidade básica de saúde

Subdimensão H: Infraestrutura e equipamentos – 90 pontos										
Nº padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	Soma total
Resultados obtidos	9	8	10	9	10	9	10	9	10	84
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 17		18 a 35		36 a 53		54 a 71		72 a 90	
Subdimensão I: Insumos, imunobiológicos e medicamentos – 90 pontos										
Nº padrões	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17	3.18	Soma total
Resultados obtidos	8	9	10	9	3	9	10	9	8	75
Classificação	Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
Pontos	0 a 17		18 a 35		36 a 53		54 a 71		72 a 90	

Classificação da Dimensão unidade básica de saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
H					x
I					x
Soma dos pontos= 10/2 = 5: dimensão classificada como muito satisfatória.					

Dimensão: Perfil da equipe, processo de trabalho e atenção integral à saúde

Subdimensão J: Perfil da equipe – 30 pontos.												
Nº padrões		4.1		4.2		4.3		Soma total				
Resultados obtidos		6		4		4		14				
Classificação		Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório		
Pontos		0 a 5		6 a 11		12 a 17		18 a 23		24 a 30		
Subdimensão K: Organização do processo de trabalho – 120 pontos.												
Nº padrões		4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14
Resultados obtidos		5	2	0	3	0	10	5	3	10	0	0
Nº padrões				4.15				Soma total				
Resultados obtidos				5				43				
Classificação		Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório		
Pontos		0 a 23		24 a 47		48 a 71		72 a 95		96 a 120		
Subdimensão L: Atenção integral à saúde – 420 pontos												
Nº padrões		4.16	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26
Resultados obtidos		5	0	0	5	10	10	5	10	3	0	10
Nº padrões		4.27	4.28	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33	4.34	4.35	4.36	4.37
Resultados obtidos		0	0	4	8	7	10	3	3	0	0	5
Nº padrões		4.38	4.39	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48
Resultados obtidos		3	10	0	3	3	3	7	0	5	10	1
Nº Padrões		4.49	4.50	4.51	4.52	4.53	4.54	4.55	4.56	4.57	Soma total	
Resultados obtidos		3	2	0	9	10	0	3	0	3	173	
Classificação		Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório		
Pontos		0 a 83		84 a 167		168 a 251		252 a 335		336 a 420		
Subdimensão M: participação social e satisfação do usuário – 30 pontos												
Nº padrões			4.58			4.59		4.60		Soma total		
Resultados obtidos			0			0		10		10		
Classificação		Muito insatisfatório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório		
Pontos		0 a 5		6 a 11		12 a 17		18 a 23		24 a 30		

Classificação da Dimensão: perfil da equipe, processo de trabalho e atenção integral à saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
J			X		
K		X			
L			X		
M		X			
Soma dos pontos= 10/4 = 2,5: dimensão entre insatisfatória e regular.					

9.4 ANEXO A – Parecer de aprovação no CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Básica em Saúde de um município de pequeno porte na perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB **Pesquisador:** Aline Correa de Souza **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 81405617.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.547.843

Apresentação do Projeto:

A Atenção Básica em Saúde (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde,

ancorada nos seus atributos essenciais de primeiro nível de atenção, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, impulsionando

assim mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Esta pesquisa será realizada em um município de pequeno porte com um

sistema de saúde formado essencialmente pela Atenção Básica, composto por duas Estratégias Saúde da Família (ESF) com cobertura de cem por

cento da sua população. O objetivo é analisar a compreensão e o trabalho desenvolvido na atenção básica na perspectiva do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Estudo de caráter transversal descritivo, realizado mediante aplicação da

ferramenta AMAQ-AB (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica), a qual será aplicada às equipes de saúde da

família, à coordenação da atenção básica e à gestão municipal de saúde. A análise dos dados será realizada pela frequência das variáveis. Espera-se

que esta pesquisa possa ser o ponto de partida para a autorreflexão da coordenação da AB, da

gestão municipal de saúde e das equipes de

saúde da família possibilitando a identificação dos limites e das potencialidades da atenção básica do município em questão, visto que não está

aderido ao PMAQ. Os resultados serão disponibilizados aos gestores de saúde, em forma de relatório, para que os mesmos possam desenvolver um planejamento estratégico a fim de melhorar as necessidades encontradas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o trabalho desenvolvido na atenção básica em um município de pequeno porte na perspectiva do

Programa Nacional de Melhoria do

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

Objetivo Secundário:

o Conhecer o perfil das equipes de saúde; o Conhecer o perfil da coordenação da atenção básica e da gestão municipal; o Descrever a

Organização do Processo de Trabalho; o Caracterizar como se dá a integralidade do cuidado; o Identificar a

Participação, Controle Social e

Satisfação dos Usuários; o Descrever a Unidade Básica de saúde; o Compreender a autoavaliação das dimensões Coordenação da Atenção

Básica e a Gestão Municipal o Estimular a reflexão dos atores envolvidos, a partir da autoavaliação, dos limites e potencialidades, do trabalho na

atenção básica; o Elaborar um relatório que será entregue à gestão municipal de saúde a fim de que esta possa planejar as mudanças necessárias na organização da atenção básica e do sistema municipal de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste estudo serão mínimos, uma vez que será apenas uma coleta de dados sobre aspectos demográficos, de formação acadêmica além

da autoavaliação da equipe do processo de trabalho, que poderá gerar um pequeno desconforto ao participante. Os desconfortos e riscos previsíveis

deste estudo podem ser: o tempo necessário para preenchimento do questionário e o possível incômodo em realizar a autoavaliação com a equipe.

Caso o entrevistado se sentir incomodado durante a reunião, o mesmo poderá se retirar e, caso deseje, será encaminhado ao Serviço de Saúde do

Trabalhador do município de Pontão.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa são para o serviço de saúde municipal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia adequada para os objetivos. TCLE foi adequado às recomendações anteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1051149.pdf	15/01/2018 21:04:43		Aceito
Outros	cartaCEP.docx	15/01/2018 21:03:42	Aline Correa de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.docx	15/01/2018 21:01:17	Aline Correa de Souza	Aceito

Justificativa de Ausência				
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	19/12/2017 11:04:20	Aline Correa de Souza	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	19/12/2017 11:03:35	Aline Correa de Souza	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	19/12/2017 11:02:09	Aline Correa de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/12/2017 10:57:13	Aline Correa de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Março de 2018

Assinado por:
ELIANE DALLEGRAVE**(Coordenador)**

9.5 ANEXO B – Normas do periódico escolhido

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – (impresa e online) é uma publicação científica trimestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Rede de Educação Popular em Saúde, e tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

A revista está estruturada com as seguintes seções: Artigos Originais; Artigos de Revisão; Artigos de Atualização; Relato de Casos e Experiências; Entrevista; Tribuna; Atualização Bibliográfica; Serviço; Notícias.

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam sínteses atualizadas do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da

saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta por artigos que relatam casos ou experiências, explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de casos apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e podem ser realizados em humanos ou animais, ressaltando sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamentos para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** – composta de lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas), de interesse na APS; **Serviço** informa sobre eventos e endereços úteis; **Notícias** – informa sobre eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS.

2. A submissão dos trabalhos é online no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>. O (os) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo aí acompanhar o processo de avaliação. Os artigos devem ser no programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior, letra “Times New Roman” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem

endereçados à revista. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética da Instituição.

3. Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:
 - a) título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas
 - b) nome completo (nomes seguido(s) do(s) sobrenome(s) do(s) autor(es) e, no rodapé a indicação da Instituição a qual está vinculado, cargo e titulação; endereço de contato.
 - c) resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
 - d) palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: www.bireme.br
 - e) abstract – versão do resumo em inglês;
 - f) key words – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS;
 - g) artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1;
 - h) figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no final do artigo, com indicação na margem do local de inserção no texto; serão aceitas fotografias em preto e branco;
 - i) referências: Em conformidade com a última versão da NB 6023 da ABNT, disponível em: www.ufjf.edu.br/biblioteca (Normalização - ABNT)
 - j) a partir do volume 11 não serão aceitas notas. O conteúdo das mesmas deve ser inserido no corpo do artigo.

Citações no texto: no corpo do texto citar apenas o sobrenome do autor e ano de publicação: Ex.: 1 autor: Vasconcelos (2000), fazendo parte do texto - ou (VASCONCELOS, 2000) no final da frase ou parágrafo; 2 autores: Bruschini e Holanda (1998) ou (BRUSCHINI; HOLANDA, 1998). No caso de citações de documentos elaborados por 3 ou mais autores só deverá ser citado o primeiro autor seguido da expressão et al. Ex.: Sampaio *et al.* (1998) ou (SAMPAIO *et al.*, 1998). Em citações na íntegra, colocar também o número da página. Ex.: *A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.* (VASCONCELOS, 2000, p.25). Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem alfabética, no final do artigo.

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências:

Livro

Autoria própria

BIRMAN, J. **Pensamento freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 204p. Sem autoria

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295p.

Capítulo de Livro

VASCONCELOS, E.M. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: _____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap.9, p.65-69.

Dissertação

CALDAS, C.P. **Memória dos velhos trabalhadores**. 1993. 245f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Tese

TEIXEIRA, M.T.B. **Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP**. 2000. 114f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

MAUAD, N.M.; CAMPOS, E.M. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador. **Resumos...** Salvador:

Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2000. p.328, ref.1101. **Publicações governamentais:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Normas gerais de pós-graduação**. Belo Horizonte, 1997. 44p.

Documentos Jurídicos

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 maio 2006. N. 84, Sec. 1, p.17888.

MINAS GERAIS. Decreto n. 17.248 de 4 de julho de 1975. Minas Gerais, Belo Horizonte, 5 jul. 1975. p. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>>. Acesso em: 20 maio 2007b.

Artigo de Periódico

Com um autor:

MOTTA, M. G. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.118-122, jul./dez 2005.

Com dois autores:

NAJAR A. L.; PERES, F.F. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 675-682, maio/jun. 2007.

Com três ou mais autores:

LEVAV, I. *et al.* A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 63-69, fev. 1994.

Artigo de Jornal

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 abr. 1999. Primeiro Caderno, Cidade, p.25.

Referência de documentos de acesso exclusivo em meio eletrônico

A. Banco de Dados

ÁCAROS no Estado de São Paulo (Enseios concordis): banco de dados preparado por Carlos H.W. Flechtman. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA "ANDRÉ TOSELLO". **Base de Dados Tropical**: no ar desde 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.org/bdt/acarosp>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

B. Lista de discussão

BIOLINE Discussion List. List maintained by the Bases de Dados Tropical, BDT in Brasil. Disponível em: <lisserv@bdt.org.br>. Acesso em: 25 nov. 1998.

C. Homepage Institucional

CIVITAS. Coordenação de Simão Pedro P. Marinho. Desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 1995-1998. Apresenta textos sobre urbanismo e

desenvolvimento de cidades. Disponível em: <<http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>>. Acesso em: 27 nov. 1998.

D. Arquivo em disquete

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas.doc**. normas para apresentação de trabalhos. Curitiba, 7 mar. 1998. 5 disquetes, 3 1/2 pol. Word for Windows 7.0.

E. Base de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca de Ciências e Tecnologia. **Mapas**. Curitiba, 1997. Base de Dados em Microslis, versão 3.7.

F. Software Educativo CD- ROM

PAU no gato! Por quê? Rio de Janeiro: Sony Music Book Case Multimídia Educacional, [1990]. 1 CD-ROM. Windows 3.1.

4. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.
5. A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês.
6. Há necessidade que os autores explicitem eventuais conflitos de interesse que possam interferir nos resultados
7. Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados após a informação do endereço.
8. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados na secretaria da revista e encaminhados ao Editor Geral e aos Editores Associados para a triagem, avaliação preliminar e posterior distribuição ao Conselho Editorial, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os consultores preenchem o "formulário de parecer", aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e reenvio; e aos consultores para nova avaliação. Em caso de recomendação de reformulação do artigo, o autor deverá fazer as modificações e enviar, junto com o artigo reformulado, uma carta ao parecerista informando, ponto por ponto, as modificações feitas. O resultado da avaliação é

comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

9. **A submissão dos trabalhos é on line no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>.** O (os) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento anexe o documento seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.

REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ISSN: 1516-7704

(impressa)

Qualis C Internacional na CAPES

Indexada:

⇒ Cinahl Information System

<http://www.cinahl.com/library/library.htm>

⇒ RAEM - Rede de Apoio à Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica, Base de Dados EDUC. <http://educ.bvs.br/>

⇒ BDENF – Banco de Dados de Enfermagem

<http://enfermagem.bvs.br/html/pt/home.html>

⇒ CUIDEN - <http://www.index-f.com/bibliometria/listado-rehic.php?pagina=7&criterio=>

⇒ LATINDEX -

<http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=9414>

Cadastrada na ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

REVISTA DE APS - ISSN: 1809-8363 (on line) Disponível em: ⇒ BVS- MS:

<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/periodicos/outros.html#>

Site NATES/UFJF: www.nates.ufjf.br

Indexada:

⇒ LATINDEX
http://www.latindex.org/pais.php?clave_pais=9&opcion=1

Endereço postal:

NATES/UFJF / Revista de APS - Atenção
Primária à Saúde Campus da UFJF - Bairro
Martelos - Cep: 36.036-900 Juiz de Fora -
M.G.

Telefone: (32) 32293830

FAX: (32) 32293832

E-mail: revista.aps@ufjf.edu.br

Site: <http://www.aps.ufjf.br>.

9.6 **ANEXO C** - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica – AMAQ

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>