



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Kênia Souto Moreira

**QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:
Avaliação das Equipes Saúde da Família**

Montes Claros, MG

2015

Kênia Souto Moreira

**QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:
Avaliação das Equipes Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de mestra.

Área: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone de Melo Costa

Montes Claros, MG

2015

Moreira, Kênia Souto.

835q Qualidade da atenção básica [manuscrito] : avaliação das equipes
Saúde da Família / Kênia Souto Moreira. – 2015.
63 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros
- Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em
Saúde/PPGCPS, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa.

1. Assistência à saúde – qualidade – acesso - avaliação. 2. SUS –
Sistema Único de Saúde. 3. Saúde pública. I. Costa, Simone de Melo. II.
Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Avaliação das
equipes Saúde da família.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Avilmar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Pró-reitor Adjunto de Pesquisa: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Tôres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Afrânio Farias de Melo Júnior

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Junior

Pré-reitoria Adjunta Pós-Graduação: Juliane Leite Ferreira

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

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Maisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: KÊNIA SOUTO MOREIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Qualidade da atenção básica: Avaliação das equipes saúde da família"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. SIMONE DE MELO COSTA - ORIENTADORA/PRESIDENTE
PROF. DR. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE
PROF. DR. DANILO CANGUSSU MENDES

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA
PROF. DR. MARIA APARECIDA VIEIRA

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me iluminar nas dificuldades encontradas e fortalecer nos momentos difíceis, mostrando-me os caminhos nas horas incertas e suprimindo todas minhas necessidades.

À minha querida orientadora, Professora Dra. Simone de Melo Costa, por acreditar em mim, mostrar-me o caminho da pesquisa e fazer parte de meu crescimento pessoal e profissional, é imensurável meu aprendizado com você.

Agradecer Daniela Araújo Veloso Popoff, Josiane Santos Brant Rocha, pelas contribuições no processo de qualificação, em especial, a Maria Aparecida Vieira pela importante colaboração em todo processo. Aos professores, Antônio Prates Caldeira, Maisa Tavares de Souza Leite e Danilo Cangussu Mendes que gentilmente aceitaram participar da banca de defesa desse mestrado.

A todos os professores do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE, pelos ensinamentos e aprendizados adquiridos e aos colegas do mestrado pela harmoniosa convivência.

Às instituições, Faculdades Unidas do Norte de Minas - Funorte e Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pela parceria e oportunidade.

Aos gestores da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, pela parceria e apoio para a construção deste estudo.

A equipe de Saúde da Família Vila Telma, foram anos de companheirismo, trabalho e amizade. Vocês foram imprescindíveis para esta conquista.

Com muito carinho, agradeço à minha família. Impossível expressar meus agradecimentos com poucas palavras: papai e mamãe, a base de tudo, confortando e apoiando em todos os obstáculos e fases da vida; minhas irmãs, Lilian e Gislane, por estarem a meu lado sempre, sem medir esforços, irmãs de verdade, companheiras, amigas; às minhas sobrinhas, Aninha e Giovana e ao sobrinho Yan, vocês são especiais em minha vida; a meu cunhado Marcelo, que me demonstrou apoio excepcional; a meu querido marido, Guilherme, companheiro, para todos os momentos. E muito especial à minha filha, Lara, fonte de inspiração, meu maior tesouro, um presente de Deus. Impossível crescer na vida sem o apoio de vocês. Amo muito a todos. Muito obrigada!

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Ministério da Saúde, estabelece um processo autoavaliativo das equipes de saúde da família quanto à qualidade do serviço, à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na Atenção Básica. Este trabalho teve como objetivo geral analisar a qualidade da atenção básica na visão dos profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família. Trata-se de pesquisa documental, com abordagem quantitativa e desenho transversal e analítico. Os dados foram coletados a partir de *site* do Ministério da Saúde brasileiro e se referem ao questionário Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ, respondido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família- ESF, da zona urbana e rural, do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, em 2013. O AMAQ apresenta duas dimensões relacionadas à equipe de atenção básica. A primeira trata-se da Unidade Básica de Saúde e a segunda da Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. A segunda dimensão é que foi considerada neste estudo. Cada questão que compõe a dimensão permite avaliar o grau de adequação das práticas da equipe de saúde da família ao padrão de qualidade apresentado. As questões apresentam uma escala de pontuação, de zero a dez pontos, sendo zero o não cumprimento ao padrão e dez à total adequação. Os pontos são somados para classificar a equipe em muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Quanto maior a pontuação, melhor a classificação da equipe. Coletaram-se dados, também, no Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB: localização e composição das equipes de saúde da família e, indicadores de saúde das populações adscritas na ESF. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa e teve concordância institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. A estatística considerou o nível de significância 5% e intervalo de confiança 95%. Avaliaram-se os dados referentes a 75 equipes de saúde da família. Na dimensão avaliada, 44,0% das equipes alcançaram o nível satisfatório, sendo o maior percentual para as equipes urbanas (45,3%) em relação às rurais (36,4%), $p=0,260$. As médias de profissionais, médicos e cirurgiões-dentistas, foram maiores nas equipes mais bem classificadas ($p<0,05$). Quanto mais profissionais nas equipes, maior a pontuação ($p<0,05$), ou seja, melhor a classificação. O perfil epidemiológico dos territórios de abrangência das equipes de saúde da família não se mostrou diferente nas distintas classificações das equipes. Conclui-se que o maior número de trabalhadores e a composição completa das categorias profissionais na equipe de saúde da família relacionaram-se à uma melhor avaliação da qualidade da atenção básica. A autoavaliação das equipes deve ser considerada como ponto de partida no processo de reorganização da equipe e da gestão em saúde.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The National improvement Program for Improving Access and Quality of Primary Care, of the Health's Ministry establishes a self evaluation process of family health teams on the quality of service, structure, processes and results of actions in primary care. This work aimed to analyze the quality of primary care in the view of the professionals who composes the family health teams. This is documentary research with a quantitative approach and cross-sectional analytical design. Data were collected from the site of the Brazilian Ministry of Health and refer to the Self-Assessment Questionnaire for Improving Access and Quality of Care basically AMAQ, responded by teams of Health Strategy of the Family- ESF, the urban and rural areas, in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, in 2013. The AMAQ has two dimensions related to the primary care team, the first one refers to the Basic Health Unit and the second one refers to the Continuing Education, Work Process and Comprehensive Health Care. The second dimension is that it was considered in this study. Each question that composes the scale allows to evaluate the degree to which health team practice with the family presented quality standard. The questions have a scoring scale from zero to ten points, zero means non-accomplishment to the standard and ten to total compliance. The points are added together to rank the team in very poor, poor, regular, satisfactory and very satisfactory. The higher the score the better the classification of the team. Data were collected also in the Information System of primary care called SIAB: location and composition of family health teams and health indicators of the population ascribed in the FHS. The project was approved by the Research Ethics Committee and had institutional agreement of the Municipal Health Department of Montes Claros. The statistic considered the significance level of 5% and 95% confidence interval. Were evaluated the data from 75 family health teams. In this dimension, 44.0% of the teams reached the satisfactory level, with the highest percentage for urban teams (45.3%) than rural (36.4%), $p = 0.260$. By dimension, doctors and dentists, were higher in best ranked teams ($p < 0.05$). The more the most professional teams score ($p < 0.05$), namely, the better the rating. The epidemiological profile of the territories of coverage of family health teams did not distinguish in the different classifications of teams. In conclusion, the largest number of workers and the full composition of the professional categories in the family health team related to the better evaluation of primary care quality. Self-assessment teams should be considered as a starting point in the team's reorganization process and health management.

Keywords: Health Care Quality, Access, and Evaluation. Unified Health System. Public Health.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Classificação da dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde. Equipes Saúde da Família, Montes Claros, MG, Brasil.....	32
Tabela 2: Classificação da dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde, conforme localização urbana e rural. Equipes Saúde da Família, Montes Claros, MG, Brasil.....	33
Tabela 3: Médias e desvio padrão de profissionais cadastrados na Saúde da Família, conforme categoria de classificação da dimensão. Equipes Saúde da Família, Montes Claros, MG, Brasil.....	35
Tabela 4: Correlação entre pontuação da autoavaliação das equipes saúde da família e número de profissionais. Equipes Saúde da Família, Montes Claros, MG, Brasil.....	36
Tabela 5: Médias e desvio padrão dos indicadores de saúde, conforme classificação da dimensão e população cadastrada nas equipes Saúde da Família, Montes Claros, MG, Brasil.....	38

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADENE	Agência de Desenvolvimento do Nordeste
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O Sistema de Saúde no Brasil	11
1.2 Política Nacional de Atenção Básica.....	12
1.3 Estratégia Saúde da Família	14
1.4 Avaliação da qualidade na Atenção Básica	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Caracterização do Local da Pesquisa	21
3.2 População Alvo	21
3.3 Instrumentos.....	22
3.4 Coleta de Dados.....	24
3.5 Análise dos dados	25
3.6 Aspectos Éticos.....	25
4 PRODUTO CIENTÍFICO	26
4.1 Artigo 1	27
5 CONCLUSÕES	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE	56
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Sistema de Saúde no Brasil

Em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde – SUS. Esse sistema é pautado nos princípios da universalização do atendimento à saúde; integralidade do cuidado, ao considerar o indivíduo um ser integral inserido em um contexto social próprio; equidade, partindo da premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades, e participação social como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (MENDES, 2002; CUNHA e CUNHA, 2001; SCHIMIT e LIMA, 2004).

A caracterização dos princípios do SUS passou a requerer a estruturação de um novo modelo assistencial, com foco de atenção voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população (COSTA, 2008).

Três níveis de atenção passaram a reger as ações de saúde nesse sistema: primário, secundário e terciário. As unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família são responsáveis pela atenção primária, ou seja, promoção e proteção da saúde. Os ambulatórios especializados, nível secundário, têm a finalidade de proporcionar tratamento precoce e minimizar agravos à saúde. Nos hospitais, esfera da atenção terciária, encontram-se as ações de maior complexidade e de reabilitação (PAIM *et al.*, 2011).

A resolutividade do atendimento depende da integração desses três níveis de atenção, para não prejudicar o atendimento da clientela (ALMEIDA e TRAVASSOS, 2000).

Os serviços do SUS estão postos na forma de Redes de Atenção à Saúde – RAS, que se integram por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde – MS - estabeleceu documentos com diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Esse documento descreve, formalmente, a Atenção Básica – AB - como o alicerce dos sistemas de saúde e como elemento essencial e indispensável de uma região de saúde, e funciona como

coordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde da rede a partir da atenção primária. É reconhecida com o papel de porta de entrada e primeiro contato da população adscrita com o serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

No Brasil, vivencia-se um processo de expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde – APS - com o crescimento do número de unidades da Estratégia Saúde da Família – ESF, que, em 1998, contava com 3.062 unidades, e passou, em 2015, para 40.052 unidades implantadas. A cobertura populacional saltou de 10.459.259 (6,55%), em 1998, para 123.346.692 (63,59%), em 2015, com crescimento de 130% de unidades de ESF (BRASIL, 2015).

Com essa expansão, fez-se necessário analisar o cenário da produção de cuidados na APS como possibilidade de impulsionar mudanças no modelo assistencial a partir do uso de estratégias e cuidados eficazes e eficientes. Essa avaliação deve ser permeada pelo diálogo com os diversos atores, a fim de se conhecer o impacto na saúde da população, e ancorar-se na necessidade de geração de indicadores que possam ser utilizados para avaliar o impacto da ESF no sistema de saúde (GIOVANELLA, 2012; ALENCAR *et al.*, 2014; OLIVA *et al.*, 2015).

Com base na avaliação e no monitoramento, o Ministério da Saúde – MS, adotou ações na área de gestão da APS por meio de processos e resultados que objetivam a análise e validação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à sociedade e fortalecimento do SUS (OLIVA *et al.*, 2015).

1.2 Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica, promulgada em 2011 pelo MS, considera a Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica presentes no cenário da reforma sanitária brasileira como organizadoras dos serviços de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte, positivamente, na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A APS é orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

O princípio, primeiro contato, implica acessibilidade e uso do serviço para cada novo problema ou episódio de um novo problema, para o qual se procura o cuidado. A longitudinalidade, segundo princípio, requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuários e família. O terceiro princípio - integralidade, exige o reconhecimento das necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Os profissionais da APS devem articular também as outras estruturas das redes de saúde, se necessário. A coordenação, o quarto princípio, implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009).

O quinto princípio, a abordagem familiar, é um requisito básico para a APS. Fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde. Requer mudança na prática das equipes, com intervenções personalizadas, ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar. Na APS, o enfoque comunitário, sexto princípio, utiliza habilidades epidemiológicas, clínicas, das ciências sociais e de pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar os programas para que esses atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Refere-se, também, ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção, por meio do controle social (STARFIELD, 2002).

A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas, e de uma prática baseada na pessoa e não na doença, na família e na comunidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010a).

A APS assume funções e características específicas e apresenta como principais objetivos e diretrizes a territorialização; caráter substitutivo; responsabilização sanitária; primeiro contato; adscrição e vínculo com os usuários; acessibilidade; acolhimento; cuidado longitudinal; coordenação da rede de atenção à saúde com a gestão do cuidado integral, considerando o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Destaca-se que não se pode ter alta qualidade, quando o alvo do serviço, o usuário, não estiver satisfeito. A definição de indicadores de qualidade deve passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos usuários com os serviços. Observa-se, também, que a satisfação da população com os serviços de saúde incentiva o comprometimento dos profissionais com as atividades propostas (DALL'AGNESE, 2008). Assim, a qualidade em saúde deve ser definida como a provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário (CAMPOS, 2005).

1.3 Estratégia Saúde da Família

Desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, ocorrido na cidade de Alma-Ata, em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde vem sendo aplicado em diversos países. No Brasil, a APS desenvolveu-se, basicamente, por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família - PSF, nos anos 1990, posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família, em 2006 (BRASIL, 2010b).

Essa estratégia se organiza a partir de uma equipe de trabalho multidisciplinar, no intuito de enfrentar o complexo quadro de morbi-mortalidade e de seus determinantes (CASATE e CORRÊA, 2005). Surgiu em resposta à crise do modelo médico-clínico, com o desafio de desconstruir as práticas de saúde, centradas no tecnicismo, descontextualizadas dos aspectos sociais e o esforço em transformar um modelo sanitário centrado em procedimentos assistenciais para um modelo de saúde coletiva, centrado na produção de cuidados. Trata-se de um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolubilidade da assistência (BRASIL, 2006; COSTA *et al.*, 2009). Fundamenta-se nos campos de atuação em princípios básicos do SUS e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família contempla uma nova modalidade de atenção e tem como finalidade precípua desenvolver ações de promoção da saúde de indivíduos, da família e da comunidade e prevenir doenças e outros agravos, incluindo, ainda, ações de tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002). É o primeiro nível do sistema de saúde e constitui-se como estratégia de reformulação da atenção primária. Alicerça-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de dada população, organizando os níveis de atenção de forma a minimizar os custos, econômico e social, com base em uma clara operacionalização da atenção; com potencialidades para induzir a reorganização dos níveis secundário e terciário e consolidar a prática sanitária da vigilância em saúde (MENDES, 1999; MACHADO, 2000; MENDES, 2002).

As equipes de Saúde da Família, nessa perspectiva, têm as seguintes atribuições: definir território de atuação; programar e implementar atividades para a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a resolutividade da assistência à demanda espontânea; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolver ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com objetivo de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; prestar assistência básica integral, contínua e organizada à população adstrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementar diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. Deve, ainda, realizar o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; participar das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoiar estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006).

Uma das características da ESF é a composição profissional substanciada em uma equipe multidisciplinar, que deve trabalhar também de forma integrada. A equipe multiprofissional da ESF é composta, minimamente, por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde – ACS. No entanto, outros profissionais poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, conforme as necessidades e possibilidades locais. Cada profissional, ao lado das atribuições partilhadas com a equipe Saúde da Família, tem atribuições específicas, conforme formação

profissional (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002). A Unidade Saúde da Família – USF, pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração populacional existente no território sob sua responsabilidade, no contexto individual, familiar e coletivo. (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

O trabalho interdisciplinar em equipe proporciona um bom impacto na comunidade, pois a valorização de diferentes saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. Os membros devem ser atuantes, a fim de obter bons resultados (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Essa equipe deverá estabelecer o planejamento das ações, que objetivem diagnosticar, na realidade local, os potenciais riscos e pontos positivos da comunidade. Destaca-se a importância de verificar a possibilidade de as populações resolverem os próprios problemas, inclusive os de saúde, relacionando-os com o contexto social (ALMEIDA e TRAVASSOS, 2000; BRASIL, 2001).

A abordagem integral da família busca compreendê-la no seu contexto socioeconômico e cultural, com ética e compromisso, de forma participativa e construtiva, sempre respeitando e valorizando as características peculiares de cada família (GIOVANELLA, 2012).

Quando adequadamente implantada, a ESF possibilita a melhora do acesso e tem efeitos positivos na situação de saúde. Profissionais da Saúde da Família capacitados poderão solucionar até 85% dos problemas de saúde da população cadastrada e acompanhada (BRASIL, 2000; ARAÚJO e ASSUNÇÃO, 2004).

Muitos esforços são empreendidos para implementar iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à população brasileira, a fim de fortalecer o SUS, nos diversos contextos existentes no País. A garantia da qualidade do sistema de saúde, atualmente, apresenta – se como um dos principais desafios do SUS (BRASIL, 2013).

1.4 Avaliação da Qualidade na Atenção Básica

A avaliação em saúde se configura como importante instrumento para o planejamento e gestão de sistemas e de serviços de saúde (SANCHO, 2012). Ela

surgiu em meio à racionalidade concreta, com propostas de avaliar a melhoria nas condições sociais, em busca de bem-estar coletivo, ligado à ideia de que o mundo pode e deve ser melhorado. Logo, avaliação é um ato ou efeito de avaliar; valor determinado pelos avaliadores (FERREIRA, 2004).

A avaliação se dá para reorientar processos e políticas na área da saúde. Trata-se de um processo que favorece a participação, o debate e redistribui o resultado aos seus atores que, com os seus próprios meios, não teriam a capacidade de avaliar os serviços ou contrabalançar interesses iguais (HARTZ, 2009).

No que se refere à avaliação da atenção básica, ressalta-se a dificuldade de pôr em prática, de executar processos de avaliação, levando em conta a distância de visão entre a prática dos serviços de saúde, considerando a necessidade de mudanças na reorganização do sistema e a reorientação das práticas de saúde (PORTELA *et al.*, 2013).

Para tanto, situa-se a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, pois trata-se de atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2013).

A qualidade é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema (BRASIL, 2011b; 2011c).

Entre as estratégias de avaliação, ressalta-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Esse programa foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. O PMAQ-AB apresenta um desenho de programa de avaliação que permite a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (BRASIL, 2013).

Tem como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica. Esse programa é produto da síntese do progressivo esforço da melhoria permanente da

qualidade, tanto dos serviços quanto do processo de trabalho, e de gestão das ações ofertadas aos usuários (BRASIL, 2013).

Para sua implantação, o programa foi organizado em quatro fases, que formam um ciclo e se complementam: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. A primeira fase trata da adesão e contratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde. A adesão é voluntária, pois seu sucesso depende do compromisso dos atores envolvidos na busca pela qualidade da AB (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento das estratégias, segunda fase, está relacionado à execução de ações compactuadas para a melhoria do acesso e da qualidade da AB, partindo dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, por meio das subdimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na autoavaliação, os sujeitos avançam na autoanálise; na autogestão; na identificação dos problemas; na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. O monitoramento acontece por meio da ação direta das gestões municipais, estaduais e federal. Na educação permanente, a oferta contínua de qualificação técnica-profissional deverá ser compartilhada pela gestão municipal, estadual e federal. O apoio institucional tem como característica o autoapoio da rede e das próprias instituições, o qual promove a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde (BRASIL, 2013).

A terceira fase do PMAQ representa a avaliação externa, que consiste em um conjunto de ações que irá averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de atenção básica participantes do Programa. A última fase desse programa é o momento de recontratualização com a gestão municipal e as equipes da AB, tomando como base a avaliação de desempenho de cada equipe, com uma nova contratualização de indicadores e compromissos, que deverá ser realizada com a finalidade de completar o ciclo do programa (BRASIL, 2013).

A partir do PMAQ-AB, a autoavaliação pode ser realizada entre as equipes de saúde por meio de instrumentos que avaliam um conjunto de padrões de qualidade e o grau de atendimento a padrões estabelecidos. Essa autoavaliação tem possibilitado a autoanálise da qualidade do serviço quanto à estrutura, aos

processos e aos resultados das ações na atenção básica, considerando a qualidade em saúde (BRASIL, 2012a).

Nesse processo autoavaliativo do PMAQ, a equipe de saúde é autora e alvo de avaliação do próprio trabalho, em processo dialógico e o monitoramento de indicadores contribui para a apropriação da realidade do território. Permite apontar o diagnóstico das necessidades da população atendida; a identificação dos nós críticos de acesso e o incentivo para o aprimoramento na produção das informações assistenciais, com aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes, culminando na melhoria da qualidade da atenção (BRASIL, 2012a; PORTELA *et al.*, 2013; TANNUS *et al.*, 2013).

A premissa do presente estudo se encontra ancorada na prática da autoavaliação das equipes da ESF, proposta pelo PMAQ, por compreender que essa prática é consonante com as perspectivas de melhoria de acesso e da qualidade dos serviços de atenção à saúde.

Para isso, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: Qual é a avaliação da qualidade da atenção básica na visão dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família em Montes Claros, MG?

Neste sentido, justifica-se a realização da presente investigação para acrescentar informações pertinentes à área da Saúde Coletiva, que poderá, após reflexões, subsidiar o planejamento real das ações e o estabelecimento de políticas de saúde locais mais adequadas, a fim de promover e contribuir para a melhora da qualidade dos serviços da atenção à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade da atenção básica na visão dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família de Montes Claros, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Classificar as equipes de Saúde da Família em categorias, segundo resultados - muito insatisfatório a muito satisfatório - a partir dos padrões de qualidade da dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde.
- Analisar a classificação das equipes, na dimensão estudada, conforme localização geográfica, composição profissional das equipes de Saúde da Família e indicadores de saúde das populações adscritas na Saúde da Família.
- Correlacionar o número de profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família com a pontuação obtida pela equipe, nos padrões de qualidade da dimensão avaliada.

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa, com abordagem quantitativa e desenho transversal e analítico.

3.1 Caracterização do Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Montes Claros - MG. Esse município é polo da área mineira da Agência de Desenvolvimento do Nordeste - ADENE e está localizado no norte do Estado de Minas Gerais, na Serra do Espinhaço no Alto Médio São Francisco. Possui uma área de 3.582 Km², sendo a quinta maior cidade do Estado e está situada a 426 km da capital, Belo Horizonte. Conforme censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2010, o contingente populacional de Montes Claros era de 355.401 habitantes (IBGE, 2011).

3.2 População Alvo

A população alvo da pesquisa foi representada por profissionais que atuam com as equipes Saúde da Família, na zona urbana e rural, do município de Montes Claros, MG. Participaram da pesquisa 75 equipes cadastradas no município de Montes Claros e aderidas ao PMAQ, em dezembro de 2013. Portanto, trata-se de uma proposta censitária.

Ao aderir ao PMAQ, essas equipes de Saúde da Família responderam à Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ, cujos resultados foram enviados ao Ministério da Saúde e encontram-se no *site*: <http://www.saudedafamilia.net/questionario>.

Neste estudo, foram utilizadas as respostas ao PMAQ elaboradas por essas equipes da Saúde da Família e que se encontravam registradas no referido *site*.

Os critérios de inclusão das equipes de Saúde da Família foram: equipes cadastradas em Montes Claros, MG, em dezembro de 2013, e que aderiram ao PMAQ. Como critério de exclusão considerou-se as equipes que não responderam ao instrumento de autoavaliação no *site* do Ministério da Saúde, e, portanto não continham dados no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS desse município. Assim, foram consideradas todas as 75 equipes, existentes na época, uma vez que todas responderam ao PMAQ e havia informações referentes no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e no PMAQ.

3.3 Instrumentos

Dois instrumentos de coleta de dados foram utilizados neste estudo. O primeiro foi um formulário para a coleta de informações no SIAB, localizadas no setor da gestão de dados da SMS de Montes Claros, MG.

Esse formulário foi construído pelas autoras para coletar informações referentes à localização geográfica (urbana ou rural); composição profissional da equipe (enfermagem, medicina, odontologia, agente comunitário de saúde); indicadores demográficos e de saúde (doença de chagas, deficiência, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose e gestantes), constantes no SIAB.

O segundo instrumento foi o questionário da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde referente ao desenvolvimento, segunda fase do PMAQ (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma ferramenta de avaliação de serviços de saúde, gerada a partir de instrumentos validados, nacionalmente e internacionalmente, como o *PCATool*, *Quality book of Tool* e *MoniQuor* (PORTUGAL, 1999a;b; LEVITT e HILTS, 2010; BRASIL, 2010).

A estrutura do instrumento AMAQ contempla duas unidades de análise: Gestão e equipe de Atenção Básica. Na unidade Gestão, avaliam-se duas dimensões: gestão municipal e gestão da atenção básica; que contêm sete subdimensões: Implantação e implementação da Atenção Básica no Município; Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde; Gestão do trabalho;

Participação, Controle Social e Satisfação do usuário; Apoio institucional; Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2013).

Na unidade de análise - equipe de Atenção Básica, duas dimensões são avaliadas: Unidade Básica de Saúde e Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. A primeira dimensão é composta de duas subdimensões: Infraestrutura e equipamentos e Insumos, imunobiológicos e medicamentos. A dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde contém cinco subdimensões: Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica; Organização do processo de trabalho; Atenção integral à saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário e Programa Saúde Escola. As Unidades de Análise e respectivas dimensões e subdimensões do AMAQ se encontram na Figura 1 (BRASIL, 2013).

Figura 1: Estrutura do instrumento AMAQ- AB: equipe de Atenção Básica

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 – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: BRASIL, 2013.

Este estudo contempla a unidade de análise - equipe de Atenção Básica na dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde, com incorporação das cinco subdimensões constantes do AMAQ.

A qualidade da atenção básica a partir do instrumento AMAQ é definida como o grau de atendimentos a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, denominada qualidade em saúde (BRASIL, 2013).

Para analisar a qualidade em saúde, utiliza-se para cada questão uma escala de pontuação que varia de 0 a 10 pontos, considerando o zero equivalente a um padrão muito insatisfatório e 10 ao muito satisfatório. Assim, o zero seria o não cumprimento do padrão e 10 o total cumprimento. Para avaliar cada subdimensão do AMAQ, verifica-se o total de pontos pelo somatório dos pontos alcançados nas questões contidas na subdimensão. A partir do total de pontos obtidos, avalia-se a classificação da equipe em cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Nesse sentido, o instrumento possibilita identificar os desafios mais críticos para definir as ações de enfrentamento (BRASIL, 2012a).

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados com as 75 equipes foi realizada no SIAB, conforme as variáveis: localização geográfica, composição profissional das equipes de Saúde da Família e indicadores de saúde das populações adscritas na SMS de Montes Claros.

Para a obtenção dos dados relativos à subdimensão em estudo - Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica; Organização do processo de trabalho; Atenção integral à saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário e Programa Saúde Escola, foi acessado o *site* do MS, no endereço: <http://www.saudedafamilia.net/questionario>. O acesso ocorreu nos dias 07 e 08 de maio de 2014.

Após essa localização, as autoavaliações das 75 equipes foram impressas e disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros para fins de estudo. A cessão para o acesso à dados da AMAQ e da coleta de informações contidas no SIAB foram feitas por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

3.5 Análise dos dados

A análise estatística dos dados deu-se por meio do *Software* IBM SPSS 22.0. Realizou-se análise descritiva para a identificação dos valores percentuais, médias e desvio padrão e análises bivariadas para a comparação de proporções por meio do teste qui-quadrado de *Pearson* ou seu alternativo *Likelihood ratio*, quando mais de 25% das caselas apresentaram valores menores que cinco. Para comparação de médias da composição profissional em cada equipe Saúde da Família e dos indicadores de saúde entre as cinco categorias de classificação da dimensão do AMAQ, utilizaram-se os testes Anova e o Bonferroni para as múltiplas comparações. A correlação entre os pontos obtidos pela equipe na dimensão avaliada e o número de profissionais de saúde nas equipes Saúde da Família foi executada por meio da correlação de *Pearson*. Os testes consideraram o nível de significância $p < 0,05$ e o Intervalo de Confiança 95%.

3.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466, de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes - Parecer Consubstanciado nº 704.718/2014. Sua proposta teve a concordância institucional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Montes Claros, MG.

4 PRODUTO CIENTÍFICO

Tem-se como produto científico desta dissertação o artigo intitulado “Qualidade da atenção básica: avaliação das equipes Saúde da Família”, formatado para submissão à Revista Ciência e Saúde Coletiva - QUALIS B1.

4.1 Artigo 1

Qualidade da atenção básica: avaliação das equipes saúde da família

Quality of Health Care: assessment of the family health teams

Resumo: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, estabelece a autoavaliação das equipes de saúde da família, que é realizada por meio do instrumento / questionário Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ. Este estudo objetiva analisar a qualidade da atenção básica na visão dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Trata-se de pesquisa documental, com abordagem quantitativa e desenho transversal e analítico. Os dados do questionário AMAQ, que se encontravam no sítio do Ministério da Saúde, respondido pelas equipes de saúde de Montes Claros-MG no ano de 2013, foram analisados a partir da dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, conforme localização e composição das equipes e indicadores de saúde das comunidades. Avaliaram – se dados de 75 equipes: 44,0% alcançaram nível satisfatório, com maior percentual para equipes urbanas (45,3%) em relação às rurais (36,4%), $p=0,260$. As médias do número de médicos e cirurgiões-dentistas foram maiores nas equipes com melhor classificação ($p<0,05$) e quanto mais profissionais, maior a pontuação ($p<0,05$), melhor a qualidade da atenção básica. A avaliação não mostrou relação com o perfil epidemiológico das comunidades. Conclui-se que quanto mais trabalhadores nas equipes, em número e categorias profissionais, melhor a avaliação da atenção básica. A autoavaliação deve ser o ponto de partida para reorganizar a equipe e a gestão em saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. Saúde Pública. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Abstract: The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care – PMAQ, establishes a self-evaluation of family health teams, that it is realized by a instrument/questionnaire self assessment for improving Access and Quality of Primary Car – AMAQ. This study was to analyze the quality of primary care in the professional's vision that composed the family health teams. It is a documentary research in a quantitative approach and transversal analytical design. The questionnaire data AMAQ, which was on the Health's Ministry web site was answered by the health team, were analyzed from the dimension Permanent Education, Work Process and Full Health Attention, according location and composition of the teams and health indicators of communities. It was evaluated data from 75 teams: 44.0% reach satisfactory level, with the highest percentage for urban teams (45.3%) compared to a rural team (36.4%), $p = 0.260$. The average number of doctors and dentists were higher in best ranked teams ($p < 0.05$) and the more professional, higher the score ($p < 0.05$), better quality of primary care. The evaluation did not show any relevance to the epidemiological profile of the communities. In conclusion, the more workers in teams in number and professional categories, better evaluation of primary care. The self-assessment should be the starting point to reorganize the team and health management.

Keywords: Primary Health Care. Health care quality, access, and evaluation. Public Health. Health care quality.

Introdução

A organização do trabalho na Atenção Básica é fundamental para que a equipe de Estratégia Saúde da Família – ESF, possa avançar tanto na integralidade da atenção quanto na melhoria de seu bem-estar e do próprio trabalho¹. Contudo, as equipes de saúde raramente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, geralmente são planejadas de forma centralizada e pouco participativa². É importante que o planejamento em saúde seja enriquecido com o olhar crítico dos atores sociais partícipes da saúde coletiva, gestores, comunidade e profissionais da área, garantindo a interlocução científica e profissional³.

Nesse contexto, os processos autoavaliativos na saúde têm sido utilizados como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão, contribuindo para a melhoria contínua do acesso e qualidade da atenção básica em todo o território brasileiro. O Ministério da Saúde desenvolve ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados na atenção básica. No âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, criado pela Portaria 1.654/2011, a autoavaliação da equipe de saúde da família é realizada por instrumento que avalia padrões de qualidade; considera-se qualidade em saúde o grau de atendimento aos padrões estabelecidos no questionário. Desse modo, por meio da autoanálise, espera-se que os sujeitos avancem na autoanálise; na autogestão; na identificação dos problemas; na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho na atenção básica¹.

Destaca-se que gerir a qualidade da saúde é um desafio. Além da mudança gerencial ou de financiamento, é importante reorganizar a cadeia produtiva com ruptura de modelos assistenciais, tendo a Atenção Primária como reestruturante da rede pública, além de introduzir novos conceitos, que busquem o sentido da qualidade na assistência em saúde. No

âmbito dos serviços públicos, a gestão em saúde, quando fundamentada na qualidade, implica em mudar o foco de atuação e as tecnologias. Nesse sentido, a gestão deve respaldar-se: no resgate da relação interpessoal entre profissional e usuários dos serviços; na remuneração, qualificação e capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família; na qualificação dos gestores e na participação ativa de profissionais, no que se refere à pactuação das metas e dos parâmetros de qualidade⁴. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade da atenção básica na visão dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de um estudo censitário, com abordagem quantitativa e desenho transversal e analítico, realizada em Montes Claros, cidade polo da área mineira da Agência de Desenvolvimento do Nordeste – ADENE, localizada no norte do Estado de Minas Gerais. Possui área de 3.582 Km², sendo a quinta maior cidade do Estado e está situada a 426 km da capital, Belo Horizonte. Conforme censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010, o contingente populacional do município é de 355.401 habitantes⁵.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, parecer nº 704.718/2014 e conduzida em conformidade com os princípios éticos contidos na Resolução nº 466, de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. A proposta teve a concordância institucional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS do município de Montes Claros, MG.

Após a aprovação ética e institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros os dados foram coletados no sítio do MS, no endereço: <http://www.saudedafamilia.net/questionario>. O acesso ocorreu nos dias 07 e 08 de maio de 2014. Após essa localização, as autoavaliações das 75 equipes foram impressas e disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros para fins de estudo.

No Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, setor gestão de dados da SMS de Montes Claros, também foram coletadas as seguintes informações: localização geográfica da área de assistência (urbana, rural); composição profissional da equipe (enfermagem, medicina, odontologia, agente comunitário de saúde) e indicadores de saúde das populações adscritas nos territórios de abrangência das equipes saúde da família (doença de chagas, pacientes com deficiência, hipertensão arterial sistêmica, hanseníase, tuberculose, diabete e gestantes).

A cessão para o acesso aos dados da AMAQ e para a coleta de informações contidas no SIAB foram feitas por técnicos da SMS de Montes Claros, MG.

A AMAQ, instrumento referente à segunda fase de desenvolvimento do PMAQ, é uma ferramenta de avaliação de serviços de saúde gerada a partir de instrumentos validados, nacionalmente e internacionalmente, utilizada pelo Ministério da Saúde. O instrumento apresenta duas dimensões relacionadas à equipe de atenção básica. A primeira trata-se da Unidade Básica de Saúde e a segunda, da Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. A segunda dimensão é que foi considerada neste estudo. Cada questão, que compõe a AMAQ, na dimensão contemplada nesta investigação, permite avaliar o grau de adequação das práticas da equipe de saúde da família ao padrão de qualidade apresentado. As questões apresentam uma escala de pontuação de zero a dez pontos, sendo zero o não cumprimento ao padrão e 10 a total adequação. Os pontos são somados para classificar a equipe em resultados muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Quanto maior a pontuação melhor a classificação da equipe. O instrumento possibilita identificar os desafios mais críticos, para definir as ações de enfrentamento¹.

A análise estatística descritiva e analítica foi realizada por meio do *Software* IBM SPSS 22.0. Realizaram-se análises bivariadas para a comparação de proporções por meio do teste qui-quadrado de *Pearson* ou seu alternativo *Likelihood ratio*. Para a comparação de médias entre

as categorias de classificação das equipes, na dimensão do AMAQ, utilizaram-se os testes Anova, seguidos do Bonferroni para as múltiplas comparações. A correlação entre os pontos obtidos pela equipe na dimensão avaliada e o número de profissionais de saúde nas equipes de saúde da família foi executada por meio da correlação de *Pearson*. Os testes consideraram o nível de significância $p < 0,05$ e o intervalo de confiança 95%.

Resultados

As 75 equipes de saúde da família corresponderam ao total das equipes cadastradas no ano de avaliação do PMAQ, sendo 85,3% localizadas na zona urbana. Na dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde constatou-se que 44,0% das equipes alcançaram o nível satisfatório e nenhuma equipe foi classificada no padrão muito insatisfatório (Tabela 1).

Tabela 1: Avaliação das equipes de saúde da família na dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde - Montes Claros, MG, Brasil.

Classificação das equipes a partir da autoavaliação	n	%
Muito insatisfatório	0	0,0
Insatisfatório	8	10,7
Regular	30	40,0
Satisfatório	33	44,0
Muito satisfatório	4	5,3
Total de equipes saúde da família	75	100

Ao associar as classificações das equipes conforme localização rural e urbana, verificou-se maior percentual de padrão satisfatório (45,3%) entre as equipes da zona urbana em relação às

equipes da zona rural (36,4%). Na zona rural, nenhuma equipe de saúde da família se classificou na categoria muito satisfatório, enquanto 6,3% da zona urbana obtiveram essa classificação ($p=0,260$) (Tabela 2).

Tabela 2: Classificação das equipes na dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde conforme localização urbana e rural. Equipes de saúde da família, Montes Claros, MG, Brasil.

Classificação das equipes a partir da autoavaliação	Urbana		Rural	
	n	%	n	%
Insatisfatório	5	7,8	3	27,3
Regular	26	40,6	4	36,4
Satisfatório	29	45,3	4	36,4
Muito satisfatório	4	6,3	0	0,0
Total de equipes	64	100,0	11	100,0

Likelihood Ratio: $p= 0,260$

A média do número de profissionais em cada equipe de saúde da família foi 11,2 ($\pm 1,34$), apresentando um crescimento linear em direção às melhores classificações de qualidade da atenção básica, de 10,4 para 11,5; contudo, sem significância estatística ($p=0,126$) (Tabela 3).

A média de enfermeiros foi igual nas equipes, equivalente a um profissional e independente da classificação das equipes. Em relação ao número médio de técnicos em enfermagem, a média geral foi menor que um profissional (0,97) para cada equipe. Do mesmo modo, nem todas as equipes possuíam, pelo menos, um médico, um cirurgião-dentista e um auxiliar de odontologia, no ano da avaliação. Contudo, as equipes classificadas como “muito satisfatório” apresentaram, pelo menos, um desses profissionais. Os agentes comunitários estiveram

presentes em todas as equipes, independentemente da classificação, com média de participação em cada equipe de 6,4 profissionais (Tabela 3).

Tabela 3: Número médio de profissionais na equipe de saúde da família conforme classificação das equipes. Montes Claros, MG, Brasil.

Equipe de saúde da família	Classificação das equipes a partir da autoavaliação na dimensão Educação				Teste Anova
	Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde				
Composição profissional (Média±desvio padrão)	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório	
	Média(desvio padrão)				p
Profissionais em geral (11,2±1,34)	10,4(±1,06)	11,0(±1,20)	11,5(±1,50)	11,5(±0,58)	0,126
Enfermeiros (1,0±0,16)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	-
Técnicos em enfermagem (1,0±0,16)	0,9(±0,35)	1,0(±0,19)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	0,269
Médicos (1,0±0,12)	0,9(±0,35)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	1,0(±0,00)	0,035
Cirurgiões-dentistas (0,8±0,39)	0,4(±0,52)	0,8(±0,41)	0,9(±0,29)	1,0(±0,00)	0,003
Auxiliares e técnicos da odontologia (1,0±0,62)	0,5(±0,76)	1,0(±0,62)	1,1(±0,55)	1,3(±0,50)	0,059
Agentes Comunitários (6,4±1,10)	6,8(±1,49)	6,3(±0,98)	6,5(±1,18)	6,3(±0,50)	0,691

Nas múltiplas comparações das médias, pelo teste Bonferroni, observou-se que a média de profissionais médicos foi diferente, de forma significativa, entre as equipes classificadas como insatisfatório e regular ($p=0,036$) e insatisfatório e satisfatório ($p=0,034$). Para os cirurgiões-dentistas, a média de profissionais foi diferente entre as equipes classificadas como insatisfatório e regular ($p=0,027$), insatisfatório e satisfatório ($p=0,002$) e entre as equipes com resultado insatisfatório e muito satisfatório ($p=0,039$).

Verificou-se, no teste de correlação, que o maior número de profissionais nas equipes, assim como mais médicos, mais cirurgiões-dentistas, mais auxiliares de odontologia, apresentou uma correlação linear positiva e significativa com a maior pontuação das equipes na dimensão, ou seja, melhor qualidade da atenção básica na autoavaliação da equipe. Nesse sentido, 8,5% da variação na pontuação da dimensão pode ser explicada pelo número de profissionais em geral, sendo mais bem explicada pela variação no número de cirurgiões-dentistas (20,5%), conforme Tabela 4.

Tabela 4: Correlação entre pontuação das equipes de saúde da família e número de profissionais. Montes Claros, MG, Brasil.

Equipe de Saúde da Família	Pontuação obtida pela equipe na autoavaliação da Dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde		
	R	r ²	p
Número de profissionais	0,292	0,085	0,011
Agentes Comunitários de Saúde	-0,042	0,001	0,721
Médicos	0,244	0,060	0,035
Cirurgiões-dentistas	0,453	0,205	<0,001
Técnicos/Auxiliares de odontologia	0,333	0,110	0,003

Em relação aos indicadores de saúde, verificou-se que as médias do número de pessoas com diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença de Chagas, hanseníase, tuberculose ou com alguma deficiência não apresentaram diferenças significativas conforme as diferentes classificações das equipes. Contudo, observaram-se menores médias no número de cadastros de pessoas com diabetes, hipertensão, hanseníase e com deficiências nas equipes classificadas como “insatisfatório” para a qualidade da atenção básica, na dimensão avaliada. Constatou-se que a menor média do número de gestantes cadastradas foi para as equipes classificadas como “insatisfatório”, com nível de significância descrito no valor limítrofe (Tabela 5).

Tabela 5: Médias e desvio padrão dos indicadores de saúde da população cadastrada na saúde da família conforme classificação das equipes. Montes Claros, MG, Brasil.

Equipe de saúde da família	Classificação das equipes a partir da autoavaliação na dimensão Educação				Teste Anova
	Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde				
Indicadores de saúde (Média±desvio padrão)	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório	p
	Média (desvio padrão)				
Diabetes (68,4±24,23)	51,5(±20,13)	70,9(±24,05)	69,7(±24,32)	73,3(±27,71)	0,218
Hipertensão Arterial (338,4±98,03)	285,4(±96,43)	339,1(±98,60)	352,3(±102,17)	324,0(±11,05)	0,383
Doença de Chagas (23,5±10,47)	24,1(±12,43)	23,0(±11,84)	23,7(±9,56)	24,5(±3,79)	0,986
Hanseníase (0,8±0,97)	0,5(±1,07)	0,7(±0,79)	0,8(±0,96)	1,5 (±1,92)	0,391
Pessoas com deficiência (30,9±14,99)	20,0(±9,06)	29,5(±14,01)	33,9(±15,90)	38,3(±15,69)	0,077
Tuberculose (0,8±3,00)	0,0(±0,00)	0,6(±0,73)	1,4(±4,41)	0,0(±0,00)	0,512
Gestantes (20,7±10,77)	13,6(±6,82)	19,1(±10,14)	22,8(±11,44)	28,8(±8,18)	0,051

Discussão

O estudo contou com a participação de todas as equipes de saúde da família cadastradas no município que, em sua totalidade, aderiram ao PMAQ e realizaram a autoavaliação em 2013. A classificação das equipes na dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde foi “satisfatório” e “muito satisfatório” para quase metade (49,3%), e nenhuma equipe se classificou como “muito insatisfatório”. Contudo, deve-se refletir acerca das equipes que foram classificadas como “insatisfatório e regular”, pois representam a grande parte das equipes de saúde da família do município. Esse resultado retrata presença de fragilidades e necessidade de adequações no modelo de assistência ofertado, para não comprometer a qualidade da atenção básica e dar resolubilidade às demandas populacionais⁴.

Cabe destacar que, além dos processos de autoavaliação pelos sistemas municipais, há também a avaliação externa do Ministério da Saúde, prevista pelo PMAQ. Os resultados das avaliações podem se desdobrar em incentivos financeiros para a gestão da saúde municipal, conforme o desempenho demonstrado⁶, tornando-se necessário investir nas equipes que não alcançaram avaliações positivas para que elas possam prestar atenção mais qualificada aos usuários.

A dimensão avaliada envolve também a autoanálise sobre educação permanente dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família. A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu autoaprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda sua vida. É um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio e com o trabalho⁷.

Para que as ações e serviços de saúde sejam mais efetivos em relação às necessidades de saúde da população, é preciso que haja aproximação entre os atores sociais envolvidos com a saúde (formação, gestão, atenção e controle social) e construção coletiva das diretrizes para a formação e desenvolvimento dos profissionais; e para desenvolver, efetivamente, essas estratégias, o enfoque primordial é a educação permanente⁸. Nela, o trabalho torna-se o eixo fundamental da aprendizagem profissional, uma vez que os problemas comuns do processo de trabalho são essenciais no desenvolvimento de experiências de aprendizagem coletiva⁹.

Ofertar cursos tradicionais que negligenciam a aprendizagem no trabalho e o contexto local não refletem em benefícios no cotidiano dos serviços de saúde¹⁰⁻¹³. Considera-se importante criar e manter espaços para a educação permanente em saúde¹⁴ pelo planejamento coletivo de capacitações, a partir das discussões problematizadoras no contexto de trabalho^{15,16}. Assim, os resultados da autoavaliação das equipes de saúde da família poderão nortear o processo de educação permanente, com maior atenção para as equipes que apresentaram padrões inadequados de qualidade, na dimensão avaliada.

Implementar processos de ensino e aprendizagem respaldados por ações crítico-reflexivas e participativas é um desafio, contudo são importantes para promover mudanças na realidade local de cada serviço. As composições saúde e educação e trabalho e educação apresentam dificuldades diversas relacionadas com infraestrutura material, mas que perpassam, também, pelas fragilidades da gestão e de recursos humanos necessários para desenvolver e aplicar as ações de educação permanente¹⁷.

Neste estudo, a maioria das equipes encontrava – se localizada na zona urbana de Montes Claros. Entre as equipes situadas na zona rural, mais da metade foi classificada como “insatisfatório ou regular” e nenhuma equipe foi classificada como “muito satisfatório” na dimensão avaliada. Apesar da não associação estatística entre localização e classificação das

equipes de saúde da família, cabe ressaltar a maior prevalência de autoavaliações negativas para as equipes da zona rural, que apresentaram piores níveis de qualidade da atenção básica.

Na zona rural, uma pior avaliação, também, pode ser explicada pelo quesito assistência integral à saúde, que compõe o processo avaliativo da dimensão analisada neste estudo. Conforme a Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde, em seu Art.7º, inciso II, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema¹⁸. A integralidade da atenção envolve relação de cuidado e comprometimento com o processo e as pessoas⁸.

Nessa perspectiva, é possível supor que a distância geográfica entre a residência do usuário e a Unidade de Saúde da ESF é fator que interfere no acesso aos serviços de saúde e na integralidade da atenção. Ademais, a dificuldade de o usuário obter assistência em outros níveis de atenção, secundário e terciário, localizados na zona urbana do município, é outro fator que merece ser discutido no âmbito da ESF. Assim, é possível sugerir que as barreiras geográficas são fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde e fragilizam a assistência integral; o que pode ter contribuído para a pior classificação das equipes de saúde da família, localizadas na zona rural, na dimensão que envolve, também, a análise de padrões de qualidade relacionados à assistência integral.

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e ambígua. Ao fazer distinção entre os dois conceitos, aponta-se que acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção e dependente de o local de atendimento ser acessível do ponto de vista da facilidade e da disponibilidade. Caso isso não seja factível, haverá postergação na atenção, podendo, inclusive, comprometer o diagnóstico e o manejo do problema¹⁹.

Existem diferentes tipos de acessibilidade e pode-se distinguir acesso sócio-organizacional de acesso geográfico. O primeiro inclui recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento, como preconceitos sociais menos explícitos, como idade, raça ou classe social, ou alguma forma de pagamento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo para alcançar e obter os serviços²⁰. No atual estudo, sugere-se que a limitação do acesso geográfico é que pode ter contribuído para uma classificação negativa das equipes localizadas na zona rural, na dimensão avaliada do AMAQ.

As dificuldades de acesso à saúde, nas Unidades Básicas, podem ser atribuídas a fatores, como desorganização do sistema “referência - contrarreferência” e aspecto geográfico²¹. Nesse sentido, pode-se inferir que os moradores da zona rural, assistidos por uma equipe de saúde da família, apresentarão uma maior dificuldade para o uso dos serviços referenciados devido à distância geográfica, como discutido anteriormente.

Pesquisa conduzida no âmbito da saúde da família, no mesmo município do atual estudo, constatou que os profissionais de saúde percebem fragilidades na comunicação entre os diferentes níveis da rede do Sistema Único de Saúde, fato que sugere fragmentação do modelo de saúde no município, no acesso e na atenção integral²².

Entretanto, destaca-se o princípio da igualdade exposto na Lei Orgânica da Saúde - todo cidadão brasileiro tem direito à “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie”¹⁸. Assim, o sistema público deve garantir ações e serviços de saúde para todo cidadão brasileiro, de acordo com as necessidades de cada um, reduzindo as disparidades sociais e regionais; no caso, fornecer estrutura adequada para a locomoção de pessoas, da zona rural, referenciadas aos outros níveis da rede de saúde.

O número médio de profissionais, em cada equipe de saúde da família, foi correspondente ao previsto na legislação brasileira. Contudo, as melhores classificações e maiores pontuações na dimensão avaliada foram para as equipes com mais profissionais. Assim, é possível prever que uma equipe maior e mais completa possa contribuir para o processo de trabalho e atenção integral à saúde, critérios avaliados na dimensão em estudo. Observou-se que nem toda equipe era composta por profissional médico, cirurgião-dentista e técnico/auxiliar de odontologia. Aquelas equipes com mais profissionais nessas categorias apresentaram melhores pontuações na dimensão avaliada, o que sugere que a equipe multiprofissional obtém melhores resultados no processo de trabalho e na atenção integral à saúde.

De acordo com a nova Política de Atenção Básica, proposta pela Portaria 2.488/2011, além da composição básica: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, inclui-se a equipe de saúde bucal nas equipes de saúde da família, acrescentando, assim, um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e um auxiliar em saúde bucal¹. Criar uma equipe de profissionais de saúde é um processo desafiador que se relaciona com as definições políticas e com as práticas das instituições no atendimento às expectativas na qualidade da atenção prestada à comunidade²³. Os resultados deste estudo demonstraram que as equipes completas, em número e em categorias profissionais, obtiveram melhores classificações na autoavaliação de qualidade da atenção básica.

Sobre a relação entre integralidade da atenção à saúde e educação permanente, pode-se afirmar que a integralidade é eixo norteador da proposta de educação permanente em saúde, porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional. No trabalho em equipe multidisciplinar, se estabelece o diálogo entre os profissionais de diversas áreas da saúde para solucionar um problema. Dessa forma, a integralidade envolve a compreensão dos problemas de saúde em suas diferentes dimensões. A atenção integral traz a possibilidade de formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do

SUS, coerentes com a acolhida e a responsabilidade do conjunto integrado do sistema. Envolve relação de cuidado e comprometimento com o processo de trabalho e as pessoas⁸.

Quanto aos indicadores de saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde, os números médios de cadastros de diabetes, hipertensão arterial, doença de Chagas, hanseníase, tuberculose e alguma deficiência não se diferenciaram, de forma estatisticamente significativa, conforme as diferentes classificações das equipes.

Fato interessante, uma vez que pior qualidade da atenção básica poderia representar uma área territorial de assistência composta por população menos saudável. Isso porque a dimensão avaliada do AMAQ envolve autoanálise da equipe quanto ao processo de trabalho e atenção integral à saúde. Mesmo que os resultados do atual estudo não tenham demonstrado relação entre melhores classificações de qualidade da atenção básica e melhores indicadores de saúde das comunidades, cabe salientar a importância da vigilância epidemiológica nos territórios de abrangência da saúde da família. A vigilância é uma importante ferramenta para planejar ações de prevenção e controlar doenças em saúde pública, e que poderia impactar em melhor qualidade da atenção básica²⁴.

A média de gestantes aumentou conforme melhor qualidade da equipe, na dimensão avaliada. Equipes no nível muito satisfatório apresentaram maior número de gestantes, o que pode sugerir maior organização do processo de trabalho das equipes, quanto ao cadastro desse contingente populacional, seja pela busca ativa nas visitas domiciliares ou pelo cadastro das gestantes durante as consultas clínicas nas unidades de saúde.

O acompanhamento das mulheres em período de gestação é importante, a assistência no serviço público ainda necessita de ajustes para favorecer o acesso aos serviços e à integralidade da atenção ao parto e puerpério. Necessita-se de uma melhor comunicação na rede de serviços de saúde pública, garantindo a referência e contrarreferência²⁵, e a atenção

básica é a coordenadora dessa rede. A gestante que procurar o serviço, no âmbito da saúde da família, deverá ser assistida e referenciada para os outros níveis de atenção, caso necessário. E, por fim, cabe aos outros níveis especializados contrarreferenciar as gestantes para a equipe de saúde da família.

Na ESF, adentrar o cotidiano da população requer dos profissionais de saúde um olhar qualificado para a identificação dos problemas de saúde. Os cuidados dirigidos a uma população específica incluem, além da atenção ao indivíduo, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes; o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas²⁴.

Quanto às limitações deste estudo, deve-se destacar a possibilidade de vieses de informação, uma vez que se utilizaram dados secundários, passíveis de erros, como a subnotificação dos indicadores de saúde. Então, as análises devem considerar as limitações de cobertura e da qualidade da informação tanto do SIAB como do instrumento AMAQ.

Ao avaliar a qualidade da atenção básica pela dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde, constatou-se que as melhores autoavaliações se referiram às equipes localizadas na zona urbana, apesar da não diferença estatística, quando comparadas às rurais. Incorporação de mais trabalhadores e ampliação das categorias profissionais, pela inclusão da área médica e odontológica, melhora a autoavaliação das equipes de saúde da família. O perfil epidemiológico dos territórios de abrangência das equipes não se mostrou diferente nas distintas classificações das equipes. Contudo, o maior cadastro de gestantes foi para as equipes no nível muito satisfatório.

Considera-se que a autoavaliação das equipes de saúde da família seja o ponto de partida no processo de reorganização da equipe e da gestão em saúde. Pela problematização e

reconhecimento de fatores, como localização geográfica, composição da equipe e indicadores de saúde, pode-se planejar intervenções e construir estratégias concretas para superar os problemas identificados e garantir melhores avaliações da atenção básica na visão dos profissionais de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: MS; 2011.
2. Kawata LS, Martins Mishima S, Quaglio Chirelli M, Bistafa Pereira MJ. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto contexto - enferm* [periódico na Internet]. 2009 Abr-Jun; [Acessado em 2015 novembro 20] 18:313-20:[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://play.redalyc.org/articulo.oa?id=71411706015>.
3. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc saúde coletiva*. 1999; 4(2):221-42.
4. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev bras med fam comunidade*. 2012; 7(23): 69-74
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(1):122-7.

7. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):478-84.
8. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas em saúde. *Com Ciências Saúde*. 2007; 18(2):147-55.
9. Merhy EE. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*. 2015; 1(1): 7-14.
10. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
11. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1405-14.
12. Nicoletto SCS, Mendonça FF, Brevilheri ECL, Rezende LR, Carvalho GS, Durán González A, *et al*. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(30):209-19.
13. Sousa MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis*. 2009;19(3):711-29.
14. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):123-30.

15. Marques ES, Cotta RMM, Franceschini SCC, Botelho MIV, Araújo RMA, Junqueira TS. Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família. *Physis*. 2009;19(2):439-55.
16. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):38-42.
17. Miccas Fernanda Luppino, Batista Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):170-85.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, 1990.
19. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco / Ministério da Saúde; 2002.
20. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4):2145-2154.
21. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(5):1929-38.
22. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev APS*. 2013;16(3):287-93.

23. Rodriguez C, Pozzebon M. The implementation evaluation of primary care groups of practice: a focus and organization identity. *BMC Fam Pract.* 2010;11:15.
24. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(3): 537-48.
25. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet]. 2010 Dez [citado 2015 Dez 02]; 31(4):708-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a14v31n4.pdf>

5 CONCLUSÕES

Considera-se que a autoavaliação das equipes saúde da família seja o ponto de partida no processo de reorganização da equipe e da gestão em saúde. Por meio da problematização e reconhecimento de fatores, como localização geográfica, composição da equipe e indicadores de saúde, pode-se planejar intervenções e construir estratégias concretas para superar os problemas identificados e garantir melhores avaliações da atenção básica na visão dos profissionais da saúde.

A organização do trabalho na atenção básica é fundamental para a execução das ações de saúde. Portanto, a autoavaliação colabora para uma reflexão crítica propositiva do cotidiano e iniciativas são necessárias entre os profissionais, a população e todos os níveis do sistema de saúde.

Constatam-se avanços fundamentais da atenção básica e percebem-se desafios na ampliação do acesso e melhoria da qualidade neste estudo.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. Vocabulário ortográfico da língua portuguesa. 5ª ed. São Paulo: Glbal, 2009.

ALENCAR, M. N.; COIMBRA, L. C., MORAIS, A. P. P., SILVA, A. A. M., PINHEIRO, S. R. A., QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M.H.M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*. v.26, n.2, p. 286-298. 2010.

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.*, v. 30, n. 1, p. 129-162. Jan. 2000. Disponível em: <<http://joh.sagepub.com/content/30/1/129.short>>. Acesso em: 19 set., 2015.

ARAÚJO MR, ASSUNÇÃO RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev bras enf.*, v. 57, n. 1, p. 19-25. Jan.-Fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Práticas de Saúde Brasil, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde Brasil, 2001.

_____. *Lei nº. 10.507 de 10 de julho de 2002*. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): D.O.U de 10 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude/familia/portarias>>. Acesso em: 27 nov., 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006*. Aprova a Política de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30/12/2010* – estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília. *Diário Oficial da União*. Brasília, 30 dez. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.654*, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2011b. jul 20; seção 1. p. 79-80.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012a, 134p.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466/2012 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *AMAQ: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade*. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2013, 167p.

_____. Portal da Saúde. *Dados sobre a Estratégia Saúde da Família*. [atualizados em setembro de 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 6, n. 8. p. 38-46, 2005.

CASATE, J.C; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-am Enferm.* v.13, n.1, p.105-11, 2005

COSTA, G. D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 62, n. 1, p113-118. Jan.-Fev., 2009.

COSTA, I.S. *Da mudança de modelo ao modelo de mudanças: um estudo sobre o curso introdutório do PSF.* 2008, 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.

DALL'AGNESE, E. K. B. *Satisfação do usuário como indicador de qualidade da assistência de enfermagem.* Monografia (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Grupo Hospitalar Conceição, Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2008.

FONTINELE JÚNIOR, K. *Programa Saúde da Família (PSF) comentado.* Goiânia: AB, 2003. 124p.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, v. 24, sup. 1, p. 21, 2012.

HARTZ, Z.M.A. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010: consolidado.* Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LEVITT, C.; HILTS, L. *Quality book of tools.* Hamilton: MC Master Innovation Press, 2010.

MACHADO, M.H. *Pesquisa de opinião sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Convênio UNESCO/Ministério da Saúde, 2000.

MENDES, E.V. *Uma agenda para saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009.

OLIVA, A.C.D.; MOURA, C.M.R; LIMA, C.A.; COSTA, F.M.; ROCHA, J.F.D. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Revista UNIABEU*, Belford Roxo. v .8, n. 18, p.196-208. Jan.-abril, 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*, v. 377, n. 9779, p 1778-97, 2011. Acesso em, v. 14, 2013.. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 9 Out. 2015

PORTELA, L. R.; DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. *SANARE*, Sobral, v.12, n.1, p. 40-45, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/327>>. Acesso em: 05 Out., 2015.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 1999a. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica*: AMAQ. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012a, 134p

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Sub-Direcção Geral para a Qualidade Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde: Moniquor. 2. ed. Lisboa,1999b. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica*: AMAQ. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012a, 134p

SANCHO, L.G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, 2012, p. 765-774.

SCHIMIT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. 6, p. 1487-1494. Nov.-Dez., 2004.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANNUS, S.A.C.; SILVA, L.H.; KUNITAKE, C.S.; KAMEHAMA, S. PMAQ no município de São Paulo – MSP. *Anais do Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade*. Maio, 12. p. 1540, Belém, 2013. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1271/1261> >. Acesso em: 6 Out., 2015.

ANEXOS

ANEXO A: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica – AMAQ

ESF: _____

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

J - SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Escala de 0 a 10:

Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As Equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos obtidos: _____

Classificação: Muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório

K - SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Escala de 0 a 10:

A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada, buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza a alimentação do Sistema de Informação vigente da Atenção Básica de forma regular e consistente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos obtidos: _____

Classificação: Muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório

L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Escala de 0 a 10:

A equipe de atenção básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica acompanha as crianças com idade até 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe acompanha todas as gestantes do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/ doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma e DPOC.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica organiza a atenção às pessoas com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epiléticas em seu território	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigamento.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de atenção básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica identifica e acompanha as pessoas com deficiência de território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve atividades abordando conteúdos de saúde sexual.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/Aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe da atenção básica desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos obtidos: _____

Classificação: Muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório

M – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Escala de 0 a 10:

A equipe de atenção básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos obtidos: _____

Classificação: Muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório

N – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Escala de 0 a 10:

A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos através de avaliação das condições de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe de atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos obtidos: _____

Classificação: Muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
J					
K					
L					
M					
N					
Soma dos pontos/5 =					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

ANEXO B: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso e qualidade da atenção básica: avaliação da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

Pesquisador: SIMONE DE MELO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32711214.1.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 704.718

Data da Relatoria: 01/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto relacionado à avaliação dos serviços de saúde com ênfase no acesso e qualidade da atenção básica da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros.

Objetivo da Pesquisa:

Bem definidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apropriados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, objetos bem definidos, metodologia apropriada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apropriados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089

UF: MG Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 704.718

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 01 de Julho de 2014

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Maurício CEP: 39.401-080
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com