

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

José Carlos Anziliero Amaral

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

**AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
TRÊS PASSOS SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS**

José Carlos Anziliero Amaral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, como requisito parcial para
obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil

2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Amaral, José Carlos Anziliero
Avaliação para a melhoria da qualidade na estratégia de saúde da família do Município de Três Passos sob a ótica dos usuários / José Carlos Anziliero Amaral.- 2017.
187 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Avaliação 2. Atenção Primária à Saúde 3. Enfermagem
I. Weiller, Teresinha Heck II. Título.

@2017

Todos os direitos autorais reservados a José Carlos Anziliero Amaral. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado:

**AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS SOB A
ÓTICA DOS USUÁRIOS**

Elaborado por:
José Carlos Anziliero Amaral

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Drª Teresinha Heck Weiller
(Presidente/Orientadora)

Profº Dr Pedro Fredemir Palha (EERP/USP)

Profª Drª Sheila Kocourek

Santa Maria, 24 de fevereiro de 2017.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me dado saúde e temperança para superar às dificuldades.

A Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, seu Corpo Docente, Direção, Administração e Funcionários. Não existem palavras suficientes que possam expressar a gratidão pela formação universitária aqui concluída no ano de 1999, que sustenta minha vida profissional e os desafios os quais encaramos com a ética e conhecimentos aqui recebidos. Obrigado por mais uma vez acolher-me e propiciar-me além da oportunidade de aprendizado e a concretização de um sonho, vivenciar um momento ímpar, o de estar mesmo que temporalmente, matriculado na mesma Universidade ao mesmo tempo que meu filho Lucas.

*A minha Orientadora **Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller**, pelo aprendizado, generosidade em compartilhar o conhecimento, confiança na superação de momentos difíceis e acima de tudo pelo exemplo pessoal e profissional que é para mim.*

*A minha Família, em especial **meu filho Lucas e minha esposa Fabiane**, pelos incentivos, força nas horas mais difíceis e compreensão em alguns momentos que possa tê-los privado, face ao desafio ora assumido. Vocês são minha motivação e inspiração para seguir sempre em frente.*

(...) viver
E não ter a vergonha de ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser um eterno aprendiz (...)
Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior... Gonzaguinha

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria-UFSM

AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

AUTOR: José Carlos Anziliero Amaral
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller
Santa Maria, 23 de fevereiro de 2017.

INTRODUÇÃO: Com a institucionalização do direito à saúde a todos os cidadãos, advindo da promulgação da Constituição Federal em 1988, que estabelece os princípios constitucionais norteadores do Sistema Único de Saúde, prevendo em suas ações: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, que pode ser traduzido em termos constitucionais, como um compromisso assumido pelo estado com o cidadão, fora necessário com o intuito de cumprir com esse desafio, diversas ações, estratégias e programas, traduzidos em políticas públicas, que vem sendo implementados no sentido de operacionalizar, garantir e qualificar o acesso ao sistema de saúde, na busca de consolidar um sistema público universal, equânime e sobretudo, que atenda às necessidades e expectativas da população. O reconhecimento da Atenção Primária à Saúde como primeiro contato com o sistema e porta de entrada aos cuidados em saúde, coordenando e direcionando a atenção à saúde, bem como o crescente avanço na implementação dos programas e políticas públicas e conseqüentemente, o aumento dos investimentos na atenção primária, ratificam a avaliação em saúde como importante ferramenta de planejamento e gestão na consolidação do Sistema Único de Saúde. **OBJETIVO:** Analisar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no Município de Três Passos/RS, sob a percepção dos usuários. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, com usuários que por livre demanda buscaram atendimento na rede de Atenção Primária do Município, utilizando como instrumento para coleta de informações, entrevistas gravadas individuais com questões semiestruturadas, com planejamento prévio de tópicos, de modo a possibilitar os objetivos do estudo, sendo os dados analisados conforme proposta de Minayo (2014), por meio da análise de conteúdo, mais especificamente, pela análise temática. **RESULTADOS:** O presente estudo permitiu analisar a implantação do referido programa no âmbito do Município de Três Passos/RS, partindo das percepções dos usuários, que demonstraram pouco conhecimento sobre ele, no entanto embora não vinculem as mudanças percebidas ao programa, identificam e reconhecem os avanços e melhorias ocorridas concomitantes a sua implantação, sendo possível avaliar através do material coletado, os atributos do acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, constituindo-se em importante ferramenta de avaliação das políticas públicas, de gestão e ações em saúde.

Descritores: Avaliação, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Postgraduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria-UFSM

EVALUATION FOR THE QUALITY IMPROVEMENT IN THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY OF THE MUNICIPALITY OF TRÊS PASSOS UNDER THE USERS 'OPTICS

AUTHOR: José Carlos Anziliero Amaral
ADVISOR: Prof. Dr. Teresinha Heck Weiller
Santa Maria, February 23, 2017.

INTRODUCTION: With the institutionalization of the right to health for all citizens, resulting from the promulgation of the Federal Constitution in 1988, which establishes the constitutional principles guiding the Unified Health System, providing for its actions: universality, integrality, equity, decentralization and social participation, which can be translated into constitutional terms, as a commitment assumed by the state with the citizen, had been necessary in order to meet this challenge, several actions, strategies and programs, translated into public policies, which have been implemented in order to operationalize, guarantee and qualify access to the health system, in the search to consolidate a universal, equitable and above all, public system that meets the needs and expectations of the population. The recognition of Primary Health Care as a first contact with the system and a gateway to health care, coordinating and directing health care, as well as the growing progress in the implementation of public programs and policies and, consequently, increasing investments in health. **OBJECTIVE:** To analyze the implementation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, in the Municipality of Três Passos, Rio Grande do Sul State, Brazil. The objective of this study was to analyze the implementation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, Under the perception of users. **METHODOLOGY:** Qualitative, descriptive-exploratory research with users who, by free demand, sought care in the Primary Care Network of the Municipality, using as an instrument for collecting information, individual recorded interviews with semi-structured questions, with prior planning of topics, The objectives of the study, being the data analyzed according to Minayo's proposal (2014), through content analysis, more specifically, by thematic analysis. **RESULTS:** The present study made it possible to analyze the implementation of this program in the city of Três Passos / RS, based on the perceptions of the users, who showed little knowledge about it, although they do not link the changes perceived to the program, identify and recognize the Advances and improvements that occurred concurrent with its implementation. It is possible to evaluate through the material collected the attributes of access, longitudinality, completeness and coordination, constituting an important tool for the evaluation of public policies, management and health actions.

Descriptors: Evaluation, Primary Health Care, Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	122
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde	15
2.2 A Avaliação em Atenção Primária à Saúde	18
2.3 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1 Tipo de Estudo	25
3.2 Participantes do Estudo.....	27
3.3 Cenário da Pesquisa	28
3.3.1 Caracterizando a Rede de Atenção à Saúde do Município de Três Passos	30
3.3.2 Caracterização das áreas de abrangência das Equipes de ESF e suas comunidades .	31
3.3.2.1 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Centro.....	31
3.3.2.2 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Santa Inês	31
3.3.2.3 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Erico Veríssimo.....	32
3.3.2.4 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Webers	32
3.3.2.5 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Pindorama	33
3.3.2.6 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Sul Serra.....	33
3.3.2.7 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Bela Vista.....	33
3.3.2.8 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Padre Gonzáles.....	34
3.4 Coleta de Dados	35
3.5 Análise dos Dados.....	37
3.6 Aspectos Éticos.....	39
4 RESULTADOS	41
ARTIGO 1	42
A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS	42

ARTIGO 2	68
OFICINA DE CAPACITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	68
ARTIGO 3	80
TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS TESES E DISSERTAÇÕES	80
ARTIGO 4	92
AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	92
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	116
Apêndice A- Instrumento de Coleta de dados “usuários” dos Serviços de Saúde.....	116
Apêndice B- Termo de Confidencialidade.	117
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	118
ANEXOS	120
Anexo A- Instrumento de Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade/AMAQ.....	120
Anexo B- Aprovação da Comissão Inter gestores Regionais-CIR da 19ª CRS/RS para autorização da realização da pesquisa.....	157
Anexo C- Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.	158
Anexo D- Ata da Oficina de Apresentação do Projeto de Pesquisa.	159
Anexo E- Ata da Oficina de Qualificação para Coleta de Dados em Pesquisa Qualitativa.	160
Anexo F- Material da Oficina “Status Gravando”.....	161
Anexo G- Ata da Oficina “Status Gravando.....	170

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AMUCELEIRO-Associação dos Municípios da Região Celeiro
APS – Atenção Primária em Saúde
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família
CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIR – Comissão Intergestores Regionais
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CNS-Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS-Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
EACS-Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
ONS-Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEC-Planos de Expansão de Cobertura
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RS – Estado do Rio Grande do Sul
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

1 INTRODUÇÃO

Com a institucionalização do direito à saúde a todos os cidadãos, advindo da promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social; deu-se início a uma das maiores políticas de inclusão social implementadas no Brasil, podendo ser traduzida em termos constitucionais, como um compromisso assumido pelo estado com o cidadão (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011a).

Com o intuito de cumprir com esse desafio, diversas ações, estratégias e programas, traduzidos em políticas públicas, vem sendo implementados, no sentido de operacionalizar, garantir e qualificar o acesso ao sistema de saúde, na busca de consolidar um sistema público universal, equânime e, sobretudo, que atenda às necessidades e expectativas da população. Neste sentido o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.654/2011 propõe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que por definição busca qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS), a ser desenvolvido no âmbito dos Municípios, com apoio dos Estados e da União (BRASIL, 2011b).

Na área de atuação da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (19ª CRS), região administrativa a qual o Município de Três Passos/RS está vinculado, as tratativas com os Municípios iniciaram ainda em 2011 e as adesões ao PMAQ, iniciaram no ano de 2012, sendo que o Município de Três Passos/RS foi um dos primeiros a assinar o Termo de Adesão, tornando-se referência na implantação do referido programa para a macrorregião a qual pertence.

Neste sentido, a relevância deste estudo, baseou-se na possibilidade de visualizar a efetividade das ações desenvolvidas a partir da implantação do programa, favorecendo uma real análise sob a problemática do acesso e da qualidade do atendimento nos serviços de APS, permitindo uma reflexão sob as políticas públicas, gestão e atenção à saúde, partindo da perspectiva dos usuários. Para Felisberto (2006), a institucionalização da avaliação possui um objetivo indissociado do desafio de consolidação do SUS.

O interesse pela exploração e aprofundamento no tema da Avaliação, especialmente da APS, vem dos trabalhos, leituras e discussões no grupo de pesquisa o qual nos inserimos, denominado Grupo de Pesquisa em Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem-Saúde Coletiva, vinculados a linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde do Programa de

Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o qual tem coordenação da Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller. Outro fator que contribuiu para motivar-me ao desenvolvimento da presente pesquisa, foram as vivências e trajetória profissional, onde como profissional Enfermeiro atuei por mais de oito anos na APS, a qual identifiquei-me profissionalmente, bem como as experiências de gestor que tive a oportunidade de exercer, primeiramente como Secretário Municipal de Saúde pelo período de quatro anos (2009/2012) e posteriormente como Gestor Municipal, cargo que exerci o mandato por quatro anos (2013/2016) e que exerço atualmente (mandato 2017/2020), todos no Município de Três Passos/RS. Os diferentes papéis assumidos ao longo desta caminhada, nos permitiu olhar de diferentes ângulos para a mesma problemática, porém uma questão inquietante me fora comum e que buscamos responder através do presente estudo, “qual a percepção dos usuários” sobre os programas, ações e políticas públicas desenvolvidas no âmbito da APS. Pela magnitude e abrangência do tema, não pretendemos com tudo desvelar todos os aspectos que circundam a problemática, porém objetivamos contribuir acerca do tema estudado, bem como favorecer a partir deste, uma reflexão sobre as políticas públicas desenvolvidas no âmbito dos Municípios de forma conjunta com os Estados e a União.

Este estudo derivou do projeto matricial intitulado “A Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e Conselheiros Municipais de Saúde acerca da implantação do PMAQ na 19^a CRS/RS”, da área de concentração em Gestão em Enfermagem e Saúde da UFSM, de propriedade intelectual da Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller, buscando contribuir com a seguinte **questão de pesquisa**: analisar a implantação do PMAQ, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Três Passos/RS, sob a ótica dos usuários, procurando identificar de que forma eles percebem as modificações propostas pelo programa, ou seja, como avaliam a implantação do programa no Município.

Diante do exposto, esse **estudo objetivou** analisar a implantação do PMAQ, no âmbito do Município de Três Passos/RS, sob a percepção dos usuários.

Inicialmente buscou-se investigar o que tem sido produzido sobre a temática escolhida, para tanto, realizou-se uma revisão de literatura, incluindo teses e dissertações nacionais. Foi escolhido à revisão do tipo narrativa, pois esta possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema, sendo adequada para descrever e analisar o desenvolvimento de um assunto específico, sob o ponto de vista contextual e teórico, sendo que a busca dos dados foi realizada em maio de 2015, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, buscando-se “Avaliação em Atenção Primária à Saúde” em todos os campos, resultando em 292 registros.

Foram incluídas as teses e dissertações sobre a temática estudada sendo os resultados apresentados no Artigo 3, constante neste trabalho. Também realizou-se uma revisão narrativa, que buscou identificar as diferentes perspectivas da produção científica a partir da busca em base de dados, sendo utilizada para tanto a base Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS, utilizando os descritores, “Avaliação” and “Atenção Primária à Saúde”, obtendo-se como resultado setenta e nove (79) documentos, sendo selecionados seis (06) trabalhos que compuseram o “corpus” do estudo. O resultado e discussões desta pesquisa foram detalhados no Artigo 4desse trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi estruturada em três subcapítulos, abordando questões referentes à temática da Avaliação em APS. Desta forma, o primeiro tema discorre sobre a APS e o desenvolvimento do SUS, a sua organização, marcos histórico e contexto atual. O segundo aborda questões relacionadas à Avaliação na APS e sua importância na consolidação do SUS, sendo que o terceiro tema, prioriza o PMAQ, trazendo diretrizes e normas gerais do programa, bem como estabelecendo um panorama local da sua implantação no Município de Três Passos/RS.

2.1 A Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde

O conceito de APS, bem como o seu reconhecimento como estratégia essencial para o desenvolvimento de sistemas de saúde que possam garantir níveis mínimos de saúde a toda população mundial, tem seu berço na conferência promovida em 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, na época vinculada à antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A referida conferência estabelece como meta “Saúde para todos no ano 2000” e define como APS, uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso será garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas do seu desenvolvimento (OMS, 1979).

Historicamente, o conceito da APS vem sendo construído em diversos contextos socioeconômicos e culturais, com diferentes intencionalidades, que transitam desde um nível do sistema de saúde a um conjunto específico de serviços de saúde ou de intervenções e ao primeiro ponto organizativo de rede de atenção. (BRASIL, 2011a).

Da atenção primária proposta em Alma-Ata (1979) até hoje, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação a proposta original, nesse sentido, tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada (BRASIL, 2011a).

O papel da APS no processo de construção do SUS, a cada dia fica mais evidenciado, demonstrando a sua importância no avanço e na construção do desenho do atual sistema. Para entendimento do modelo de organização do sistema de saúde brasileiro vigente é relevante destacar alguns aspectos históricos determinantes que caracterizaram a sua construção: as décadas de 20 e 30 ficam marcadas pelo surgimento e fortalecimento do modelo médico previdenciário, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão-IAPs, com intervenção do estado. O estado assume papel regulador, pois sua presença deu-se no plano da legislação através da Lei Elói Chaves (nº 4282 de 24 de janeiro de 1923) que regulamenta as Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAPs. Esta lei tornou obrigatória a presença de serviços de assistência social ao trabalhador urbano, inicialmente para ferroviários, marítimos e estivadores, incluindo serviços de assistência médica extensivos às suas famílias (RIBEIRO, 2007).

Desta forma, pode-se dizer que as Caixas de Aposentadoria e Pensão-IAPs, foram o embrião da Previdência Social Brasileira, dando origem a um complexo previdenciário de assistência médica, que na década de 70 consolida-se, marcado pela aceleração do crescimento da atenção médica previdenciária e do esvaziamento da saúde pública, remetendo o modelo à saturação, impulsionando a busca de novas alternativas para extensão de cobertura a um custo suportável, idealizando desta forma o SUS, modelo adotado no final dos anos 80 (BRASIL,2011a).

Para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), merece destaque nesse cenário a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1980, com o tema “A expansão das ações de saúde através dos serviços básicos” e a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, podendo esta ser classificada como “evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, com desdobramentos imediatos que serviram de base para os trabalhos da Seção de Saúde da Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 2011a).

Na década de 90, mediante as evidências da efetividade da APS e as diretrizes estabelecidas pela nova Constituição Federal de 1988, reacendem-se os debates em torno da reorientação dos serviços de saúde como determinantes para a saúde da população. Starfield (2002,p.27) destaca que “os serviços de saúde na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhoria da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riqueza”.

Pode-se dizer que inúmeras medidas foram adotadas para fortalecer a nova estratégia de organização do SUS, com a APS, enquanto o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Pois à Atenção Primária em Saúde, em sua forma mais desenvolvida, pode ser

identificada como a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde a toda população (STARFIELD, 2002).

Neste sentido, aprovam-se as leis de criação do Sistema (Lei Nº 8.080/90) e do Controle Social (Lei Nº 8.142/90), que aos poucos, vão sendo implementadas e organizadas em todo o Brasil. A representação e o controle social, exercidos pelos conselhos municipais, estaduais e federais de saúde tornam-se marca no formato brasileiro. Os conselhos de saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da política de saúde, baseadas no direito à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário (BRASIL, 2006).

Assim, em 1994, nasce o então denominado Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde, diante da melhoria que promoveu nos indicadores de saúde, passa a ser identificado como: Estratégia da Saúde da Família (ESF), política de Estado tal qual o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se configura, hoje, em Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sendo os dois grandes programas federais responsáveis pela reorientação da APS no país. (BRASIL, 2000).

Assim, são criadas regras para o financiamento da Atenção Primária (a Norma Operacional Básica-NOB01/96 e a Portaria nº 1.882/97, que instituem o Piso de Atenção Básica-PAB. Para Conill (2008), a partir de 1996, houve um impulso na política de descentralização com Normas Operacionais favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local.

Porém, mais do que reorganizar o modelo assistencial, o que predominou nesse momento foi o interesse em cumprir requisitos a fim de assegurar repasses federais, não sendo raros os exemplos em que a montagem das novas estruturas administrativas era coincidente com o momento em que o Município assumia a gestão da rede de serviços. Publicadas as normas de funcionamento do PACS e PSF na Portaria nº 1.886/97; é lançado o ReforSUS, projeto de financiamento para qualificação de profissionais da Saúde da Família; iniciado o modelo de transferência de incentivos financeiros fundo a fundo, definido o orçamento próprio para o PSF pelo Plano Plurianual.

Considerando a efetividade do Programa de Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, promulga-se então a Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), reconhecendo-se como estratégias de abrangência nacional, sendo denominados a partir deste momento como estratégias (BRASIL, 2011a).

Em 2007 é publicada a Portaria GM/MS n° 204, que regulamenta o funcionamento e as transferências dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2011a).

Com a expansão das políticas públicas de atenção à saúde e a consolidação da ESF como principal modelo de organização da APS, com uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica, assumem relevância no cenário nacional. Neste sentido, o MS passa a propor várias iniciativas centradas na qualificação, dentre elas destacando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ (BRASIL, 2011b).

2.2A Avaliação em Atenção Primária à Saúde

O processo de avaliação contribui para tornar as políticas públicas e programas mais assertivos e coerentes com a realidade social. É a emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção através de métodos cientificamente válidos, onde qualquer dispositivo de avaliação é em si uma intervenção, e suas abordagens e metodologias dependerão dos tipos de intervenções e de sua complexidade (BROUSSELLE et al., 2011).

Na área das políticas de saúde, a avaliação ganhou foco nas organizações. Entre os fatores envolvidos em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil assinala-se: as mudanças nas rotinas de serviço e gestão do SUS, como o processo de descentralização de responsabilidades, de ações e de recursos, o perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades em constante transição requerendo novas mudanças e tecnologias. Além disso, o controle dos gastos em saúde e a cobrança dos órgãos financiadores (SAMICO et al., 2010).

No final do século XX, houve uma expansão no campo da avaliação em saúde tanto no que diz respeito a produção científica como na sua institucionalização. Sendo suas principais características a diversidade conceitual e terminológica, sua metodologia e a multiplicidade de questões consideradas pertinentes. Havendo, ainda, uma lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais e gestores de saúde (HARTZ; SILVA, 2010).

A avaliação em saúde tornou-se uma ferramenta fundamental para gerar informações sobre a efetividade, funcionamento e custo-benefício do sistema de saúde, apresentando grande prestígio em diversos países, proporcionando inúmeros programas de formação, debates e estudos na área. Este desenvolvimento da avaliação expõe sua necessidade para a gestão em saúde, como também sua complexidade (CONTANDRIOPOULOS et al, 1992).

A expansão da APS, por meio da implantação da ESF, trouxe a necessidade de verificar-se a efetividade dos serviços ofertados à população, tornando-se necessário o desenvolvimento de ferramentas capazes de avaliar a implementação dos serviços, de forma a servir de instrumento para melhorar os resultados e guiar as estratégias de planejamento (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

A partir da década de 90 vêm sendo desenvolvidas no Brasil iniciativas objetivando a avaliação dos serviços na AB. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde priorizou uma política de institucionalização da avaliação, a qual tem a intenção de incorporar no cotidiano de gestores e profissionais o processo de avaliação (FELISBERTO, 2006).

O estudo de Sala e Mendes (2011) corrobora esta ideia de articulação para o processo de avaliação, ao referenciar que o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (Proesf) se propôs a implementar processos de avaliação e monitoramento da AB em Municípios com mais de cem mil habitantes. Referenciam, também, que a grande maioria das avaliações da APS têm abordagem de desempenho, relacionando as ações em saúde ao contexto sociopolítico e demográfico dos Municípios, diferenciando a assistência prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais das ESF.

Num momento de forte expansão da APS no Brasil, torna-se imprescindível uma produção de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde (HARZHEIM et al., 2013). A avaliação da satisfação dos usuários é tema presente na agenda de monitoramento e da avaliação da APS no Brasil.

Em 1998, o MS desenvolveu ações de avaliação e monitoramento da APS em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa, mediante o Pacto pela Atenção Básica e Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ). O AMAQ era composto por duas grandes categorias de análise: gestão e equipe de saúde, abarcando cinco dimensões: desenvolvimento da estratégia, coordenação técnica das equipes, unidade de Saúde da Família, consolidação do modelo de atenção e atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Além do item satisfação do usuário, alguns estudos avaliativos da APS, consideram dimensões de satisfação referentes à relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação e organização dos serviços (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

No Brasil, um dos instrumentos validados que avaliam a APS é o PCATool (Primary Care Assessment Tool), o qual foi desenvolvido com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais da APS que são os componentes de primeiro contato- utilização e acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, sistema de informação, integralidade-serviços disponíveis e serviços prestados, enfoque familiar e comunitário e o grau de afiliação do usuário com o serviço, mensura, ainda, aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços e de saúde. Sua primeira validação, no Brasil, ocorreu em 2006 (HARZHEIM et al., 2013).

Em 2011 com a criação do PMAQ, fortaleceu-se a avaliação dos serviços da APS, uma vez que o mesmo está estruturado em três fases distintas e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, sendo complementares e configurando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, tendo como um de seus componentes o processo de avaliação permanente. A partir desta avaliação se reconhece e valoriza os resultados e esforços alcançados pelas equipes e gestores municipais no processo de qualificação da Atenção Básica (MOTA; DAVID, 2015).

Castanheira et al. (2009) defende os instrumentos de autoavaliação, no momento em que afirma que o mesmo permite que as equipes da APS avaliem seu trabalho de uma forma crítica, elaborando através disso novos arranjos tecnológicos para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Soma-se a avaliação do desempenho das equipes, e ao repasse de recursos, à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes da APS. Trata-se de um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os gestores, profissionais e usuários a nível local em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientados por diretrizes pactuadas nacionalmente. Instigando espaços de diálogo, problematização, negociação, gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. Este impacto no campo da atenção primária no Brasil, está acontecendo através de um processo vinculado a uma avaliação em saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

2.3 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Instituído pela Portaria nº 1.654/2011 do MS é resultado de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos nos quais, MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (BRASIL, 2011b).

Desta forma ratifica-se o compromisso das três esferas de governo e de gestão do SUS com a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento a toda a população, sendo este um dos principais objetivos do programa, que visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica garantindo de um padrão comparável à nível Nacional, Estadual e Municipal.

O PMAQ estava estruturado inicialmente em quatro fases distintas, sendo que atualmente passou a ser organizado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, sendo:

Adesão e Contratualização (primeira fase): Fase em que há a adesão formal ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores estabelecidos entre o MS e os gestores municipais, seguido de uma pactuação local entre gestores e equipes (BRASIL,2016).

Certificação (segunda fase): Que é composta por avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da realização das autoavaliações. Esta é fase em que as equipes de saúde, os gestores municipais, estaduais e o MS desenvolvem as ações, sendo esta a fase das autoavaliações e das avaliações externas, o MS conjuntamente com instituições de ensino e pesquisa realiza visitas técnicas às equipes para a avaliação de um amplo conjunto de metas e indicadores, buscando reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de saúde e gestores municipais na qualificação do atendimento prestado. Nesta fase ocorre a classificação dos Municípios e equipes de saúde conforme o desempenho atingido, podendo variar entre: insatisfatório, mediano ou abaixo da média, acima da média,

muito acima da média, sendo que essa classificação atualmente responde pelos indicadores: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim (BRASIL, 2016).

Recontratualização (terceira fase): Fase em que ocorre a repactuação, das equipes de Atenção Básica e gestores com o acréscimo de novos padrões e indicadores da qualidade, estimulando um processo cíclico a partir dos resultados já alcançados (BRASIL, 2016).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento é contínuo sendo composto pelos seguintes elementos: Autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2016).

Buscando ampliar a transparência e a efetividade das ações governamentais destaca-se dentre os objetivos específicos do programa, a institucionalização de uma cultura de avaliação SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2012b). A avaliação neste contexto busca dar suporte a processos decisórios, reorientando as ações e serviços, avaliando e implantando novas práticas nos serviços, bem como mensurando o impacto das ações e programas no perfil de saúde da população (BRASIL, 2005).

No município de Três Passos/RS, logo após a publicação da portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, que instituiu no âmbito do SUS o PMAQ, iniciaram-se os esforços para a adesão e implementação do programa, tendo como ponto de partida a constituição de uma equipe de trabalho encarregada de estudar a portaria, trazendo à tona um detalhamento técnico do programa, suas principais diretrizes, financiamento e operacionalização a nível municipal. Neste mesmo ano foi realizado o primeiro ciclo de reuniões para planejamento das ações previstas no programa.

Em 2012 foi assinado o termo de compromisso entre a Gestão, Equipes das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Ministério da Saúde, sendo esta fase caracterizada pela adesão ao programa correspondendo à primeira fase do programa, fase de “Adesão e Contratualização”.

Foram realizadas reuniões com as equipes para discutir estratégias para melhorar o acolhimento, a qualidade do atendimento e a resolução dos problemas dos pacientes que chegam às Unidades Básicas de Saúde. Com a chegada do AMAQ (Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), um novo ciclo de reuniões foi realizado com as equipes, nas quais foram repassados todos os itens do caderno de avaliação, ajudando a calcular as metas e reorganizando a estrutura conforme preconizado no manual de auto avaliação, como por exemplo, a reestruturação da identificação visual das unidades de saúde, com colocação de placas de indicação padrão do PMAQ, totens, entre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

Os processos orientados para a melhoria da qualidade devem ter seu início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2011b).

Ainda em 2012, as equipes das Unidades de Estratégia de Saúde da Família passaram por avaliação externa onde o MS contou com os avaliadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sendo este conjunto de ações pertencentes à segunda fase do programa, denominada “certificação”.

O desempenho atribuído na primeira avaliação, as oito (08) equipes que realizaram a adesão ao programa, está demonstrado no quadro abaixo, conforme denominação vigente à época: Quadro 1:

Quadro 1: Desempenho das Equipes da Estratégia de Saúde da Família na primeira avaliação externa/2012.

	Insatisfatório	Abaixo da Média	Acima da Média	Muito Acima da Média
ESFs Bela Vista				X
ESF Padre Gonzáles				X
ESF Santa Inês			X	
ESF Erico Veríssimo			X	
ESF Webers			X	
ESF Centro			X	
ESF Sul Serra			X	
ESF Pindorama				X

Fonte: Prefeitura Municipal de Saúde de Três Passos/RS.

O valor base de recursos vinculados repassado ao Município de Três Passos conforme pactuação, até a divulgação dos resultados das avaliações foi de R\$66.000,00/Mês (sessenta e seis mil reais mensais), ressaltando que todas as equipes de ESF possuem equipes de Saúde Bucal, o que majorou o valor recebido através do programa (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

A partir da Lei Municipal 4880/2014, as equipes de ESF, passaram a receber a gratificação pelo desempenho vinculado ao programa correspondendo a até 20% do total

referente ao valor repassado pelo Governo Federal, sendo dividido entre os integrantes da equipe em partes iguais, independentemente da função. Fazem jus ao incentivo previsto em lei os servidores que não apresentarem falhas na carga horária, tiverem boa relação com a comunidade e com a equipe não possuírem denúncias junto ao CMS e protocolo da prefeitura, cumprirem as metas quantitativas e qualitativas do PMAQ, participarem das reuniões e treinamentos solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estando engajados nos projetos e ações, como Programa Saúde na Escola (PSE), Rede Cegonha, entre outros.

Esta medida teve como principal objetivo valorizar as equipes de saúde a partir de um incentivo salarial, sendo que o restante dos valores relativos aos repasses correspondentes a 80%, foram investidos na qualificação do atendimento conforme preconiza o programa, sendo entre outras ações, investido em aquisição de itens tais como: aparelhos sonar, eletrocardiógrafos, seladoras, autoclaves, aparelhos fotopolimerizadores, compra de mobiliários (cadeiras e longarinas estofadas para uso de servidores e pacientes), aparelhos de televisão para salas de espera, climatizadores, geladeiras novas para salas de vacina, data show, entre outros. Estando estes equipamentos a disposição em todas as unidades que aderiram ao programa. Os recursos disponibilizados pelo programa respaldaram uma melhoria significativa na infraestrutura das unidades básicas de saúde, sendo esses recursos disponibilizados para estas finalidades específicas, ou seja, são recursos “vinculados”.

Em 2013, foi realizada a repactuação, estabelecendo novos padrões e indicadores às equipes de ESF, sendo também neste momento, inserido a Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde (NASF) ao programa, esta fase corresponde a terceira fase do programa denominada “recontratualização”.

Todas as nove equipes (oito equipes de ESF e a equipe do NASF) passaram por uma nova avaliação cujo resultado foi divulgado em novembro de 2014. Os recursos passaram a ser repassados novamente a partir da assinatura do novo termo de adesão e, desde junho de 2014, o valor aportado pelo MS, foi proporcional ao desempenho de cada equipe. A avaliação foi dividida, sendo avaliados separadamente Saúde Bucal (SB) e Atenção Básica (AB).

Em 2015 foi realizada nova recontratualização de todas as equipes de ESF e da equipe do NASF, conforme as diretrizes do programa correspondendo a fase três ou terceira etapa, caracterizando o aspecto cíclico do programa.

No ano de 2016 além da continuidade da adesão ao programa, foi aderido também ao Programa de Qualificações das Ações da Vigilância em Saúde (PQA-VS) denominado localmente de “PMAQ VIGILÂNCIA”, instituído pela Portaria nº1.047 de 20 de maio de 2016 pelo MS. Nesta adesão ainda não houve pactuação de metas, nem visita de avaliadores ou

recebimento de valores. Mas o Município já possui a Lei Municipal nº5.137 que autoriza, assim que os valores forem repassados a municipalidade, o repasse de vinte por cento (20%) dos valores recebidos aos servidores lotados nas vigilâncias: Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, sendo que o restante do valor será investido na melhoria e fortalecimento das ações das vigilâncias de acordo com as diretrizes do programa. Nos anos de 2015 e 2016 respectivamente, não houve visita dos avaliadores (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

A adesão ao PMAQ permitiu ao Município de Três Passos/RS, além investir na melhoria da estrutura física e funcional das Unidades de Saúde, incrementar a política de incentivos salariais aos profissionais. Outro aspecto importante é ter introduzido a Atenção Básica do Município a cultura da avaliação, permitindo a reflexão sobre os serviços prestados, promovendo maior interação entre gestores, profissionais e equipes, a partir do objetivo comum de qualificar e valorizar a Atenção Básica. Do ponto de vista financeiro o programa representa um incremento significativo no orçamento municipal tendo até o presente momento repassado o montante (acumulado) de R\$ 2.991.969,57 sendo este valor importante na manutenção da infraestrutura existente e no equilíbrio das contas públicas municipais (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

A fim de alcançar os objetivos propostos, este estudo fez uso da metodologia qualitativa, descritiva e exploratória, descrita por GIL (2002), utilizando como instrumento para coleta de informações, entrevistas gravadas individuais com questões semiestruturados, com planejamento prévio de tópicos de modo a possibilitar os objetivos do estudo.

Trata-se de uma pesquisa de caráter social, que, de acordo com Gil (2002), utiliza metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. A pesquisa social tem o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos.

Sendo assim, a abordagem utilizada foi a qualitativa, visto que está incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Além disso, trata-se de estudo exploratório e descritivo. O estudo exploratório proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este é desenvolvido quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. E, o estudo descritivo tem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, o delineamento da pesquisa é de estudo de campo, por se tratar de um estudo com um único grupo em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes e o aprofundamento das questões propostas (GIL, 2002).

Associamo-nos a Minayo (2014) quando afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais estão situados num espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Neste sentido o estudo pretende valorizar a percepção do usuário frente às mudanças geradas à partir da implantação do PMAQ no Município de Três Passos/RS.

O presente estudo descende do projeto matricial intitulado “A Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e Conselheiros Municipais de Saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS”, de propriedade intelectual da Profª Drª Teresinha Heck Weiller, aprovado no CAAE sob o nº 49534815.60000.5346, pretendendo contribuir com a pesquisa na dimensão dos usuários.

3.2 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo são usuários, que por livre demanda buscaram atendimento nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família e de livre e espontânea vontade, após terem conhecimento do projeto e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, concordaram em fazer parte do estudo. Foram definidos como critérios de exclusão, ter menos dezoito anos e morar na área e/ou utilizar os serviços da Unidade de Estratégia de Saúde da Família à menos de quatro anos, sendo este último critério adotado afim de que o entrevistado possa estabelecer um paralelo entre o período que antecedeu a implantação do programa e posterior ao seu advento.

A coleta de dados deu-se a partir das Unidades de Estratégia de Saúde da Família, todas vinculadas ao PMAQ, do Município de Três Passos/RS, pertencente administrativamente à área de cobertura da 19ª CRS.

O número de participantes foi definido pelo critério de representatividade, que conforme Vergara (1997), pode ser classificado como não probabilístico, sendo a seleção feita intencionalmente, por acessibilidade e tipicidade, onde os elementos pesquisados são considerados representativos da população-alvo a qual pretende-se alcançar. Desta forma este estudo está composto de oito entrevistados sendo que cada um deles pertence a uma área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família diferente, sendo que as oito áreas geográficas correspondem juntas a cem por cento (100%) da cobertura da Estratégia no Município.

Dos oito entrevistados a maioria, seis (06) são do sexo feminino, sendo que a profissão predominante é agricultor, o que corrobora o fato do Município ter a economia baseada na agricultura, sobre tudo na agricultura familiar. A renda familiar dos entrevistados variou de sem renda no momento (entrevistado que declarou-se desempregado) à R\$ 5.500,00.

Com relação à idade dos entrevistados, ela oscilou de trinta e três (33) anos, entrevistado mais novo à sessenta e oito (68) anos, entrevistado com maior idade. Já com relação ao tempo

de residência no bairro, encontramos variação de quatro (04) a trinta e cinco (35) anos de domicílio, sendo a média calculada entre os entrevistados (somando-se e dividindo-se todos os períodos informados) é de 19,37/anos de domicilio no bairro. Ainda com relação a escolaridade, os entrevistados registraram o grau de instrução regular entre ensino fundamental incompleto e Pós-Graduação completa.

3.3 Cenário da Pesquisa

O Município de Três Passos/RS teve sua história concretizada a partir de 1879, com a criação da Colônia Militar do Alto Uruguai, o primeiro núcleo habitacional da região, localizado em local denominado Passo Grande, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul -RS. Situado em meio ao verde da mata nativa, a colônia foi criada com o objetivo de garantir a predominância do Império Brasileiro em terras sempre disputadas com a vizinha Argentina (GRAFFITTI, 2004).

O Noroeste do Rio Grande do Sul era uma região vasta, rica em madeira, terra fértil para práticas agrícolas e pouco povoada, considerada a última fronteira agrícola do Estado. Era o sonho para as famílias de imigrantes que chegavam ao Brasil, oriundos de vários países. Distante trinta e cinco (35) km da Colônia Militar, no sentido sul, foi construída em 1882 uma casa de guarda avançada, que tinha como incumbência vigiar a precária picada geral, estrada que ligava o Alto Uruguai a cidade de Palmeira das Missões. A escolha pelo local levou em conta a existência de três córregos de água potável que serviam a homens e animais e concentravam os visitantes e viajantes da região. Historiadores contam que inicialmente o local foi chamado de “Pouso dos Três Passos”. Durante as três primeiras décadas do século XX, atraiu um número muito grande de imigrantes que buscavam a atividade agrícola, produzindo alimentos e estruturando as suas colônias (GRAFFITTI, 2004).

Com o crescimento do povoamento, era chegado o momento de transformá-lo em Município, fato que veio a acontecer durante o contexto da 2ª Guerra Mundial, em 28 de dezembro de 1944. O município veio a ser criado através do Decreto Nº 716, assinado pelo Interventor do Estado, General Ernesto Dornelles. Era na época o 92º município do Rio Grande do Sul (GRAFFITTI, 2004).

Com uma população estimada em 2016 de 24.640 habitantes, e área de 268,4km², Três Passos, capital da Região Celeiro, localiza-se no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul,

distante 480 km de Porto Alegre, 60 km da divisa com o Estado de Santa Catarina, 25 km da Fronteira da República da Argentina com ligação pela BR 468, onde a travessia é de balsa ligando Porto Soberbo a El Soberbio (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

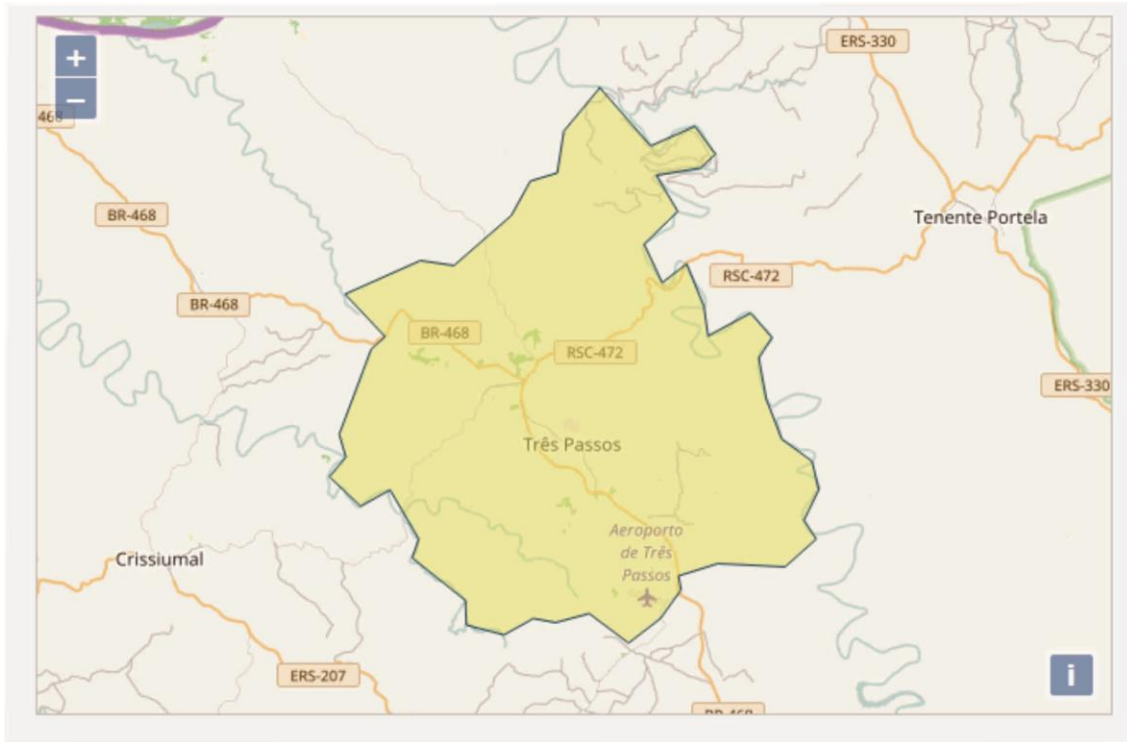
Na área rural, o município possui minifúndios, predominando a agricultura familiar. Dentre as diversas atividades agrícolas, destaca-se a bovinocultura de leite, suinocultura, avicultura, fomicultura, hortigranjeiros e agroindústria familiar (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

O setor de agroindustrial é fortalecido por empresa de Alimentos, com capacidade de abate diário de 2.500 suínos. O setor comercial é muito diversificado e considerado um importante centro de compras regional. Na indústria, destaca-se principalmente o setor têxtil, sendo o município reconhecido como polo no ramo vestuário. As atividades econômicas que mais se destacam no município são o setor de comércio, indústria e serviços. O turismo também é um dos eixos que balizam o desenvolvimento da região celeiro e o município destaca-se a nível regional pela infraestrutura turística (hospedagens e restaurantes). Integra ainda a Rota do Yucumã (maior salto longitudinal do mundo, com 1.800 metros de extensão, localizado no Parque Estadual do Turvo, em Derrubadas, a 35km de Três Passos), sendo reconhecido também no Estado pelo turismo religioso com eventos relacionados ao Santuário dos Beatos Mártires em Três Passos, conhecido como “Terra Sagrada dos Mártires do RS”. O Município realiza eventos de abrangência estadual, com destaque para a FEICAP - Feira, Exposição Industrial, Comercial e Agropecuária que terá sua 14ª edição no mês de abril deste ano (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida junto as Unidades de Estratégia de Saúde da Família, do Município de Três Passos/RS, que conta com uma rede de APS estruturada, com cobertura de cem por cento (100%) da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e cem por cento (100%) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando oito equipes implementadas as quais detalharemos a seguir, que recebem apoio matricial da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), contando ainda com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP), instalada junto ao Presídio Estadual de Três Passos/RS.

Três Passos está vinculado administrativamente à 19ª CRS, que é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada no Município de Frederico Westphalen, sendo esta região de saúde composta por 26 Municípios.

Figura 1- Mapa geográfico do Município de Três Passos/RS.



3.3.1 Caracterizando a Rede de Atenção à Saúde do Município de Três Passos

A Saúde do Município está organizada através de oito (08) Equipes completas (Médico, Enfermeiro, Dentista, Auxiliar de Serviço Odontológico, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Limpeza, Agentes Comunitários de Saúde- ACS) da Estratégia de Saúde da Família, que recebem apoio matricial da equipe do NASF, contando ainda com uma (01) UBSP e um (01) CAPS. Na área hospitalar conta com um (01) Hospital de médio porte com 123 leitos sendo que este possui a única Unidade de Terapia Intensiva-UTI em toda a região de abrangência da 19ª CRS. O Município possui ainda uma (01) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em vias de implantação.

O Controle Social possui 68 Conselhos Comunitários de Saúde (CCS), que realizam as reuniões a cada sessenta (60) dias e o CMS, que se reúne mensalmente, em reunião ordinária, na última quinta-feira, às 18 horas, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As comunidades discutem seus problemas e encaminham as demandas ao CMS, por meio dos representantes titulares e suplentes dos usuários. O CMS é paritário com 50% dos

representantes dos Usuários e 25% Governo e 25% Prestadores e Trabalhadores de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2 Caracterização das áreas de abrangência das Equipes de ESF e suas comunidades

3.3.2.1 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Centro

A Unidade de Saúde situa-se na Rua Roque Gonzáles n.º 200. Abrange a população do Centro da Cidade com 3.753 pessoas cadastradas. Esta área é formada pelas micro áreas 36, 37, 39, 45, 46 e 48, sendo a população trabalhadores urbanos do comércio e prestação de serviços. Nesta área está localizado o Hospital de Caridade com 123 leitos nas diversas especialidades, sendo 10 leitos de Terapia Intensiva e Serviço de Imagem com Tomografia e Ressonância Magnética; a Base do SAMU; a Universidade Regional (UNIJUI), a Biblioteca Pública; a Casa da Cultura; a Praça Reneo Geraldino Mertz e a Praça da Bandeira, o Centro Administrativo, Fórum, Ministério Público, Colégio particular de Ensino Fundamental, Médio e Infantil, bem como laboratórios e clínicas em diversas especialidades (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.2 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Santa Inês

A Unidade de Saúde situa-se no Bairro Santa Inês. Abrange uma área com 3.242 habitantes, sendo a população urbana, de margem da BR 468 e rural. Esta área é formada pelas micro áreas 04, 05, 06, 38, 41, 47, sendo que a população das Micro Áreas 04, 05 e 06 é rural, formada por famílias que praticam a agricultura familiar, criação de suínos, aves e atividade leiteira. Nesta área existem duas escolas, sendo uma Municipal de Ensino Fundamental na Comunidade Rural no Distrito do Erval Novo, distante 6 Km da Unidade de Saúde, uma Escola Estadual com Ensino Fundamental e Médio, que se localiza no Bairro ao lado da UBS. Além disso, ainda existe nesta área a Universidade Aberta do Brasil (UAB), que atua na

Institucionalização da Educação a Distância e a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) com Curso Superior Presencial situado nas proximidades da Unidade de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.3 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Erico Veríssimo

A Unidade de Saúde está situada no Bairro Erico Veríssimo com 4.099 pessoas na área de abrangência. A população desta área é urbana e rural. Próximo desta Unidade de Saúde temos duas Escolas de Educação Infantil do Município, à UPA 24 Horas, em fase de implantação, o CAPS, a sede do NASF a Rodoviária do Município, uma praça com academia ao ar livre, o Parque de Exposições, e ainda uma Escola Municipal de Ensino Fundamental localizada na área rural no Distrito da Floresta. A equipe de saúde desloca semanalmente para o atendimento médico, de enfermagem e odontológico na Unidade Básica de Saúde Avançada, localizada no distrito de Floresta. Uma servidora do quadro funcional, Técnica de Enfermagem reside neste distrito para facilitar o atendimento domiciliar (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.4 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Webers

A Unidade de Saúde está situada no Bairro Webers e atende a população urbana das micro áreas 17, 18, 19, 24 e 44, totalizando 2.910 pessoas. Esta área contempla os trabalhadores da JBS, que é uma indústria de abate e processamento da carne suína. Pertence para esta área a Base do Corpo de Bombeiros e o Quartel, duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental e uma Escola Municipal de Educação Infantil. Esta é uma área de alto índice de hipertensos e aglomerado de famílias vulneráveis socialmente (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.5 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Pindorama

A Unidade de Saúde está situada no Bairro Pindorama, foi inaugurada no ano de 2.000 e atende a população urbana das micro áreas 25, 30, 31, 32, 34 e 35, totalizando 3.398 pessoas, onde as famílias moradoras nas margens da BR 468 são socialmente vulneráveis. Nesta área temos o Parque do Lago com academia ao ar livre, uma Escola Estadual e uma Escola Municipal de Ensino Fundamental; uma Escola Municipal de Educação Infantil e um Lar Acolhedor para Criança (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.6 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Sul Serra

A Unidade de Saúde está situada no Bairro Sul Serra e atende as famílias das micro áreas 11, 20, 21 e 22 com 2.556 pessoas. Esta área abrange a população mais vulnerável do Município, onde cerca de 150 famílias foram recentemente retiradas de áreas de risco. Destas cinquenta famílias foram contempladas com casa por meio do Programa Estadual EMANCIPAR e 100 famílias conseguiram suas casas pelo Programa Federal PAC2, ambos desenvolvidos em parceria com o Município. Nesta área existe uma Escola Municipal de Educação Infantil e ensino Fundamental de turno integral, um Lar Acolhedor para pessoa idosa, uma extensão do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), o Ginásio de Esportes e um centro comunitário com atendimento diferenciado, com ações permanentes voltadas à capacitação, melhorias das condições sociais e de saúde. Também é nesta área que está instalada junto ao Presídio Estadual a UBSP (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.7 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Bela Vista

A Unidade de Saúde está localizada na Comunidade de Bela Vista, implantada no ano de 2004 e atende as 1.445 pessoas das micro áreas 07, 08, 09, 10 e 28, onde as famílias da micro área 28 são da vila e as demais nas comunidades rurais. Nesta área de abrangência existem duas

escolas, uma Estadual de Ensino Fundamental e uma Municipal de Ensino Fundamental. A atividade predominante é a produção de alimentos: ovos, mandioca, milho, frangos; leite e suínos.

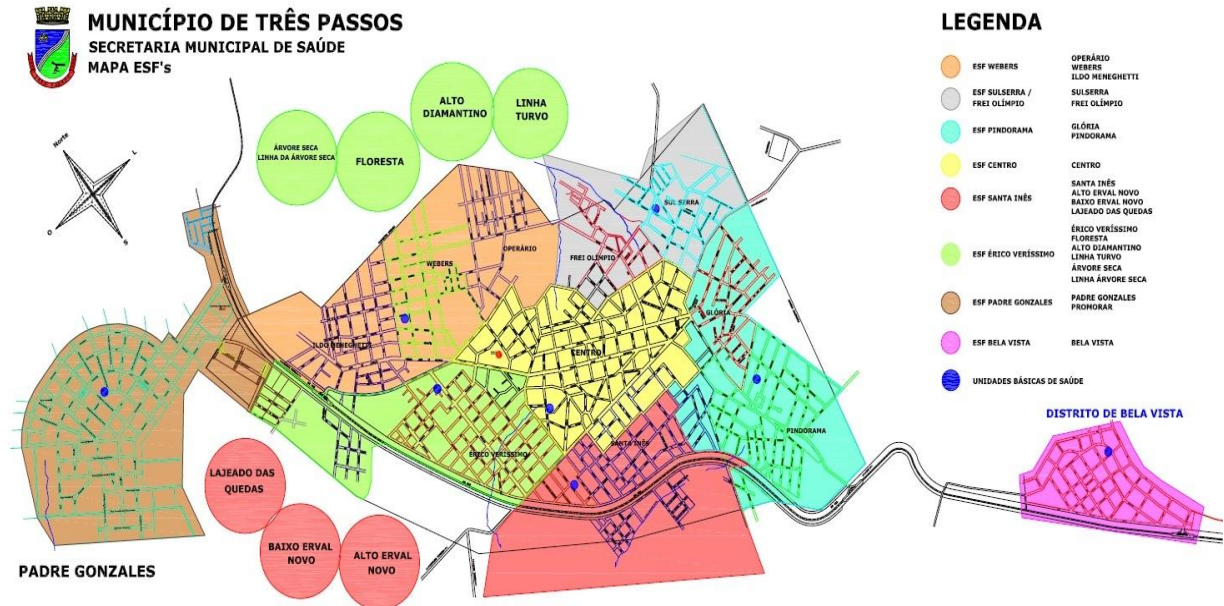
Quanto ao deslocamento dos moradores das comunidades mais afastadas até a Unidade de Saúde, o acesso resta dificultado em função das distâncias, por esse motivo a equipe de saúde atende os usuários também na Unidade Avançada de Boa vista da Romana, principalmente moradores das localidades de Romana Seca, Barra da Romana e Linha navegantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

3.3.2.8 Estratégia de Saúde da Família-ESF/Padre Gonzáles

A Unidade de Saúde localiza-se na Vila de Padre Gonzáles, foi implantada no ano de 1.998 e atende 2.798 pessoas nas micro áreas 01, 02, 03, 16, 23, 26 e 29. Destas as micro áreas 01, 02 e 03 são rurais. A micro área 16 abrange as famílias socialmente vulneráveis e nas micro áreas 23 e 29 são de população predominantemente idosa e na micro área 26 de trabalhadores urbanos do bairro chamado Pró Morar. Nesta área existe uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio e ainda duas Escola municipais de Ensino Fundamental, uma localizada na Linha Santo Antônio e outra no Bairro Pró Morar (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, 2017).

Logo a seguir apresentaremos a divisão territorial estabelecida no Município de Três Passos/RS, referente às áreas de cobertura das Equipes de Saúde da Família, desta forma ilustrando a caracterização acima descrita, demonstrando a cobertura de cem por cento (100%) da população residente no Município pelas Equipes de ESF. Para tanto utilizaremos a figura denominada (Figura 2).

Figura 2: Mapa de Três Passos conforme área de abrangência das Equipes de Estratégia de Saúde da Família.



Fonte: Prefeitura Municipal de Três Passos.

3.4 Coleta de Dados

Esta etapa constituiu-se desde o início em um desafio para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista que os dados coletados dariam subsídios para buscar responder as questões de pesquisa, e dadas circunstâncias as quais detalharemos a partir de agora, tomou-se uma série de precauções a fim de preservar os dados de eventuais vieses de pesquisa.

Tendo em vista que o Município escolhido para realização do trabalho de campo foi o Município de Três Passos/RS, devido a este ter o PMAQ, implantado em cem por cento (100%) do seu território, e considerando o fato de neste momento atuar como pesquisador mas também ser o gestor local (Prefeito) do referido Município, fora avaliado que a coleta de dados se efetuada diretamente, poderia concorrer para vieses de pesquisa, tais como constranger os entrevistados de modo a influenciar nas suas respostas, tendo em vista que as perguntas conduzem de certa forma a uma reflexão sobre as políticas públicas, sobre a estrutura e atendimento prestados, que muitas vezes são atribuídos a gestão ou ainda não raramente ao gestor local. Desta forma decidiu-se juntamente com a Orientadora, organizar a coleta através de colaboradores devidamente habilitados e inseridos no contexto da referente pesquisa. Deu-

se início então a um processo de organização do trabalho de campo podendo este ser dividido em fases distintas.

Na primeira fase, convidou-se um grupo de Enfermeiros que atuam na Atenção Básica no Município, mais precisamente em Equipes de Estratégia de Saúde da Família de Três Passos/RS, para uma reunião onde fora apresentado a presente pesquisa, seus objetivos, metodologia e contribuições acerca da temática que esse estudo pretende construir. Tendo o grupo conhecimento da pesquisa, foram convidados os presentes para participarem da mesma, na condição de colaboradores de campo, onde todos manifestaram interesse de participa do estudo, ao final do encontro fora registrado a reunião através de ata assinada pelos presentes (ANEXO D).

A segunda fase foi constituída por capacitação idealizada e elaborada pelo grupo de pesquisa, onde os Enfermeiros de Três Passos/RS que constituíram o grupo de entrevistadores, foram instrumentalizados para a coleta de dados na UFSM, sendo a oficina conduzida por mestrandos do grupo de pesquisa, supervisionados pela Professora Orientadora do estudo. Ao término da capacitação os Enfermeiros que assumiram a coleta de dados, referiram-se seguros e preparados para a tarefa, sendo que encontro fora registrado em ata assinada pelos presentes (ANEXO E). A experiência constitui-se em momento de aprendizado e troca de experiências relatadas detalhadamente através de artigo produzido, que compõe o presente estudo (Artigo3).

Na terceira fase organizou-se outra oficina, desta vez com o objetivo de qualificar a captação de áudio sendo denominada “Status Gravando” (ANEXO F), ministrada por Jornalista, tendo como objetivo qualificar os entrevistadores na captação de áudio com diferentes sistemas operacionais de gravação bem com o correto armazenamento dos mesmos, ao término da oficina foi registrado ata com assinatura dos presentes (ANEXO G).

Outro aspecto importante, foi que pelo fato dos Enfermeiros participantes serem da rede de APS do Município, os locais de coleta de cada um dos colaboradores, foi organizado de forma com que eles desenvolvessem as atividades de campo em unidades opostas a qual laboram cotidianamente.

Desta forma, os dados coletados foram pesquisados sob rigor e cuidados metodológicos adequados, a fim de obter-se dados fidedignos que refletissem sem viés as expressões, opiniões e pensamentos dos participantes da pesquisa.

A coleta de dados fora realizada por meio de uma entrevista semiestruturadas (APÊNDICE A) que serviu de eixo orientador ao desenvolvimento da pesquisa. A entrevista obedeceu a um roteiro que é apropriado fisicamente para as questões norteadoras e utilizado pelo pesquisador, possibilitou que as hipóteses e pressupostos da pesquisa ficassem expostos

nas conversas. Para a elaboração do roteiro das entrevistas, foi utilizado como referência o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/AMAQ (ANEXO 01).

As entrevistas, nesta modalidade, devem conter determinados indicadores considerados importantes e suficientes, em tópicos que sejam abrangentes para nosso tema em questão, trazendo-nos informações relevantes e esperadas, destacado por Minayo (2014).

Ainda para Minayo (2014) o roteiro, na entrevista semiestruturadas, deve ser construído de forma que permita a flexibilidade nas conversas fazendo com que o interlocutor possa trazer outras questões durante a entrevista, mas que também são de relevância para o estudo. O roteiro difere do questionário, uma vez que este último possui questões fechadas, onde a flexibilização não é possível como no roteiro.

A coleta de dados foi realizada em um local reservado uma vez que isto proporciona a privacidade ao participante, fazendo com que sintam-se à vontade e tranquilo para responder as perguntas realizadas. As falas foram gravadas, mediante autorização do entrevistado (APÊNDICE C) e após foram transcritas, visando o respeito ao entrevistado, preservando o seu anonimato e as informações prestadas ao estudo.

Para a preservação do anonimato na análise de dados e produção do trabalho de conclusão do estudo, serão utilizadas apenas as identificações E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 correspondendo respectivamente aos ENTREVISTADOS 1, 2, 3 e assim sucessivamente desta forma identificando as falas dos participantes.

A gravação foi utilizada para garantir fidelidade na transcrição das falas. Segundo Minayo (2014), o gravador possibilita que haja uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada mantendo um registro fidedigno da matéria-prima da fala. Esta autora nos traz também que, qualquer tentativa de assegurar o registro, precisa de consentimento do interlocutor.

3.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados conforme proposta de Minayo (2014), por meio da análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática. A análise de conteúdo se refere a técnicas de pesquisa que permitem replicar e validar conclusões sobre dados do contexto pesquisado, por meio de procedimentos especializados e científicos. Já a análise temática

consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado.

Normalmente, a análise temática definia o caráter do discurso através da contagem de frequência das unidades de significação. Quanto ao passo que devem ser seguidos na realização da pesquisa, Minayo (2014), apresenta as etapas de operacionalização da análise temática: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

De acordo com Minayo (2014) a Pré-análise, consiste na escolha dos documentos que serão analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais. As tarefas que compõem essa etapa é a leitura flutuante, que consiste na leitura do conjunto de comunicações que eu possuo. Isso faz com que o autor se inteire com o material de campo que já tens, fazendo com que o conteúdo seja absorvido pelo mesmo.

Nesta etapa foram lidas todas as entrevistas transcrita, garantido que nem uma entrevista ou elemento ficassem de fora, alguns princípios trazidos pela autora foram rigorosamente observados tais como: exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência. Há também dentro desta etapa, a retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetros a leitura exaustiva do material e retomada das indagações iniciais. Aqui a leitura exaustiva do material foi intercalada com escuta atenta dos áudios das entrevistas e na busca de perceber o maior número de significados possível, também se utilizou a leitura do material transcrito concomitante com a audição das gravações das entrevistas.

E, a segunda etapa é a exploração do material, que consiste essencialmente em alcançar o núcleo de compreensão do texto. Minayo (2014) descreve que para que isso ocorra, faz-se necessário, encontrar palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Nesta fase buscou-se identificar as unidades de significação bem como foi possível categorizar os elementos que emergiram do material analisado. Já a terceira e última etapa, denominada Tratamento dos Resultados Obtidos e interpretação consiste na submissão dos resultados brutos às operações estatísticas simples ou complexas. Isso permite realizar interpretações, correlacionando-as ao quadro que foi desenhado inicialmente, ou ainda, permitindo que surjam novas dimensões teóricas e interpretativas. Neste momento nos debruçamos na síntese e na seleção dos resultados obtidos fazendo a inferência com o tema proposto inicialmente, bem como buscando compreender achados diferentes dos esperados. As etapas mencionadas, bem como os principais resultados obtidos, estão ilustrados no Artigo 1 deste trabalho.

3.6 Aspectos Éticos

Todos os preceitos éticos de pesquisa que envolve seres humanos foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Os pesquisadores da presente pesquisa se comprometeram em preservar a privacidade dos sujeitos (APÊNDICE B). Para proteger a identidade, os mesmos foram nomeados de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 (ENTREVISTADO1, ENTREVISTADO2...) e assim, sucessivamente.

Todos os participantes da pesquisa que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa, depois de esclarecidos os objetivos do estudo assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), em que, uma via ficou em poder do pesquisado, outra do pesquisador. Fora garantido o anonimato, assegurando o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, bem como, não foram beneficiados financeiramente.

A etapa de coleta de dados, fora gravada por meio de captadores de áudio mp4 e somente com o consentimento dos participantes. As gravações foram transcritas e guardadas em um Pen Drive que ficarão guardados por 05 anos e na sequência, serão inutilizados.

Dentre os **benefícios** que esta pesquisa pode trazer aos participantes fora de oportunizar momentos de reflexão nas sessões das entrevistas, acerca da avaliação em saúde da APS principalmente, do processo de participação dos sujeitos da pesquisa na implantação da avaliação da APS, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da APS.

Entre os **riscos** previstos estava a possibilidade de a temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano. No decorrer da pesquisa fora esclarecido aos participantes que se por ventura apresentassem algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, seriam acolhidos pelos pesquisadores e convidados a deixar de participar da pesquisa caso fosse necessário.

A **autonomia** fora considerada e os participantes da pesquisa receberam as informações a respeito da pesquisa, na qual foi solicitada a sua colaboração, cabendo ao mesmo decidir em participar ou não.

A **privacidade** fora garantida através do sigilo e do anonimato dos participantes. A não maleficência fora observada, na medida em que não será causado dano intencional aos participantes e danos previsíveis foram evitados dentro do possível. A beneficência fora parte

integrante desta pesquisa em todos os momentos visto que, a mesma, busca ação em benefício aos participantes e aos serviços de saúde com relação à temática da pesquisa.

A **justiça** fora respeitada e todos os participantes ou desistentes da pesquisa foram tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia, sendo assegurado, a prevalência do bem-estar das pessoas que aceitaram participar da pesquisa.

A **equidade** fora atendida aos participantes da pesquisa em que os benefícios resultantes desta pesquisa foram de igual consideração aos envolvidos.

Os instrumentos de coleta de dados, bem como o HD externo com a transcrição das entrevistas dos usuários ficarão, sob responsabilidade da professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do CCS da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão excluídos.

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio das entrevistas com os participantes, bem como algumas etapas percorridas no presente estudo, foram organizadas através de “Artigos”, os quais apresentamos a partir de agora em quatro (04) artigos distintos:

O primeiro artigo denominado “Artigo 1”, traz os resultados de pesquisa, avaliando a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no âmbito do Município de Três Passos/RS, sob a perspectiva dos usuários, sendo que este artigo está em formato original visando apresentar os dados coletados integralmente. Este artigo será formatado conforme normas do periódico a ser selecionado para sua submissão somente após a defesa da Dissertação.

O segundo artigo denominado “Artigo 2”, é um relato de experiência, e aborda o planejamento e execução de oficina de capacitação e instrumentalização de colaboradores, realizada previamente a coleta de dados da presente pesquisa.

O terceiro denominado “Artigo 3” traz uma revisão narrativa elaborada sobre o tema abordado, buscando investigar o que tem sido produzido sobre a temática escolhida, através da análise das tendências das produções científicas brasileiras acerca da avaliação em atenção primária à saúde, com base nas dissertações e teses defendidas nos diferentes programas de Pós-Graduação e disponibilizadas no banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O quarto e último artigo denominado “Artigo 4”, objetivou conhecer a produção científica sobre a temática “avaliação em atenção primária à saúde”, tendo como pergunta de pesquisa: “o que tem sido produzido na avaliação em atenção primária à saúde”, sendo um estudo de revisão de literatura narrativa, que buscou identificar as diferentes perspectivas da produção científica a partir da busca na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se os descritores “avaliação” and “atenção primária à saúde”.

ARTIGO 1

A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS¹

¹**Artigo em formato original.** Será realizada submissão para publicação após defesa da Dissertação.

A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS

PERCEPTION OF USERS ON THE IMPLEMENTATION OF PROGRAM IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF TRÊS PASSOS

PERCEPCIÓN DE USUARIOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE TRES PASOS

RESUMO: Objetivo: avaliar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no âmbito do Município de Três Passos/RS, sob a perspectiva dos usuários. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória. **Resultados:** Para analisarmos os dados, utilizou-se os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Com relação ao atributo primeiro contato, os achados da pesquisa nos permitem avaliar com clareza a referência da Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde, bem como à avaliação positiva dos usuários com relação ao acesso aos serviços de saúde. No atributo longitudinalidade, observa-se que os entrevistados procuram com frequência as Unidades de Estratégia de Saúde da Família de suas referências, identificando-se vínculo permanente entre equipes e usuários. No atributo da integralidade, observou-se que os participantes têm os seus problemas ou demandas de saúde convenientemente atendidos pelas equipes dentro ou fora da rede. Em relação ao atributo da coordenação, pode-se avaliar a proximidade, o cuidado e o repasse de informações entre equipes e comunidades, evidenciando assim, o contato permanente e a coordenação do cuidado por parte das equipes de saúde. No que diz respeito à implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, os participantes em sua maioria referiram desconhecer o programa, porém os mesmos perceberam as modificações ocorridas concomitantemente a sua implantação, classificando-as como positivas. **Conclusão:** A implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Município de Três Passos/RS, promoveu mudanças importantes na qualificação do atendimento e garantia de acesso aos serviços de saúde, sendo estas mudanças reconhecidas pelos usuários. O fato de desconhecerem o programa, não o relacionando com as mudanças, deve ser encarado como um desafio a ser superado de forma conjunta entre profissionais, gestores e usuários, para que as políticas públicas se desenvolvam com a participação de todos os atores envolvidos neste processo.

Descritores: Avaliação; Atenção Primária à Saúde; Usuários; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: to evaluate the implementation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, within the scope of the Municipality of Três Passos / RS, from the perspective of the users. **Methodology:** This is a qualitative research of the descriptive and exploratory type. **Results:** In order to analyze the data, we used the essential attributes of Primary Health Care. With regard to the first contact attribute, the research findings allow us to clearly assess the Primary Care reference as a gateway to the health system as well as the positive evaluation of users regarding access to health services. In the longitudinality attribute, it is observed that the interviewees frequently look for the Family Health Strategy Units of their references, identifying a permanent link between teams and users. In the attribute of completeness, it was observed that the participants have their health problems or demands conveniently attended by the teams inside or outside the network. Regarding the coordination attribute, the proximity, care and transfer of information between teams and communities can be evaluated, thus showing the permanent contact and coordination of care by the health teams. Regarding the implementation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, the majority of the participants reported that they did not know about the program, but they perceived the changes that occurred concurrently with their implementation, classifying them as positive. **Conclusion:** The implementation of the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care in the Municipality of Três Passos / RS, promoted important changes in the qualification of care and guarantee access to health services, these changes being recognized by users. The fact that they are not aware of the program, not related to the changes, must be seen as a challenge to be overcome jointly among professionals, managers and users, so that public policies develop with the participation of all actors involved in this process .

Keywords: Evaluation; Primary Health Care; Users; Nursing

RESUMEN: Objetivo: Evaluar la implementación del Programa Nacional para mejorar el acceso y calidad de la atención primaria en la ciudad de Tres Pasos / RS, desde la perspectiva de los usuarios. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo de descriptivo y exploratorio. **Resultados:** Para analizar los datos, se utilizó los atributos esenciales de la atención primaria de salud En relación con el primer atributo de contacto, los resultados de la encuesta nos permiten evaluar claramente la referencia de la atención primaria como puerta de entrada del sistema de salud también. como la evaluación positiva de los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud. En atributo longitudinalidad, se observa que los encuestados a menudo

buscan la Unidad de Salud de la Familia sus referencias, la identificación de enlace permanente entre los equipos y usuarios. En la integridad del atributo, se observó que los participantes tienen sus problemas o demandas de salud convenientemente atendidos por los equipos dentro o fuera de la red. En cuanto al atributo de coordinación, se puede evaluar la proximidad, el cuidado y la transferencia de información entre los equipos y las comunidades, lo que demuestra el permanente contacto y coordinación de la atención de los equipos de salud. En cuanto a la implementación del Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria, los participantes mencionaron su mayoría desconocen el programa, pero se dieron cuenta de la que ocurren simultáneamente cambia su aplicación, clasificándolos como positivo. **Conclusión:** La implementación del Programa Nacional para mejorar el acceso y calidad de la atención primaria en tres pasos City / RS, promovido cambios importantes en la calificación de la atención y garantizar el acceso a los servicios de salud, y estos cambios reconocidos por los usuarios. El hecho de conocer el programa, que no se refiere a los cambios, debe ser visto como un reto que hay que superar en forma conjunta entre profesionales, gestores y usuarios, por lo que las políticas públicas se desarrollan con la participación de todas las partes interesadas en este proceso .

Palabras clave: Evaluación; Atención primaria de salud; usuarios; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Com a expansão das políticas públicas de atenção à saúde e a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), com uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes da APS, assumem relevância no cenário nacional. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) passa a propor várias iniciativas centradas na qualificação da atenção à saúde, dentre elas destacando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ¹. A introdução do PMAQ na APS evidencia o esforço do MS em tentar fortalecer e qualificar as ações ofertadas no nível primário de atenção².

Entre os objetivos do programa, destacam-se metas como: ampliar o impacto da APS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiam e estimulam à melhoria da qualidade da APS, gerando como resultado, maior conformidade das

UBS, com os princípios norteadores da APS, promover a qualidade e inovação na gestão da APS, buscando qualificar e estimular o uso dos Sistemas de Informação, institucionalizar uma cultura de Avaliação da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados, estimulando o foco da APS no usuário³.

A expansão da APS, por meio da implantação da ESF, trouxe a necessidade de qualificar os serviços ofertados à população, tornando necessário desenvolver e implementar ferramentas capazes de avaliar a implementação destes, de forma a servir de instrumento para melhorar os resultados e guiar as estratégias de planejamento⁴.

Na abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (19ª CRS), região administrativa a qual o Município de Três Passos/RS está vinculado, as tratativas para a implantação do programa iniciaram ainda em 2011, sendo que as adesões ao PMAQ iniciaram no ano de 2012. O Município de Três Passos/RS foi um dos primeiros a assinar o termo de adesão, tornando-se referência na implantação do referido programa para a macrorregião a qual pertence.

Neste sentido, a relevância deste estudo, baseou-se na possibilidade de visualizar a efetividade das ações desenvolvidas a partir da implantação do programa no município de Três Passos/RS, favorecendo uma real análise sob a problemática do acesso e da qualidade do atendimento nos serviços de APS, permitindo uma reflexão sob as políticas públicas, gestão e atenção à saúde, partindo da perspectiva dos usuários.

Pois a participação dos usuários com o seu conhecimento e experiências, contribuem na elaboração de respostas eficazes aos problemas de saúde, inclusive sobre a própria capacidade da avaliação, produzindo as informações e julgamentos necessários para auxiliar nas instâncias de tomada de decisões⁵.

Pode-se afirmar que a implementação de uma cultura de participação dos usuários nos processos de avaliação, discussão e elaboração de políticas públicas além do campo representativo que ocorre através dos Conselhos de Saúde, potencializaria a troca de informações entre usuários, profissionais e gestores, estabelecendo-se desta forma um processo colaborativo de troca de saberes, experiências e expectativas, que certamente contribuiria na qualificação dos serviços e resolução das dificuldades e problemas encontrados ao longo da rede de serviços ofertados a população.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, visto que esta possibilita de forma conveniente incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas⁶.

Além disso, trata-se de estudo exploratório e descritivo. O estudo exploratório proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este é desenvolvido quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. O estudo descritivo tem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, o delineamento da pesquisa é de estudo de campo, por se tratar de um estudo com um único grupo em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes e o aprofundamento das questões propostas⁷.

Podemos afirmar que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais estão situados num espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁶. Neste sentido, o estudo pretende valorizar a percepção do usuário frente às mudanças geradas a partir da implantação do PMAQ no Município de Três Passos/RS.

Os participantes do estudo foram usuários, que por livre demanda buscaram atendimento na rede de APS e de livre e espontânea vontade, após terem conhecimento da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, concordaram em fazer parte do estudo. Foram definidos como critérios de exclusão, possuir idade inferior a dezoito anos e morar na área da Estratégia de Saúde da Família ou usar o serviço por tempo inferior a quatro anos, sendo este último critério adotado afim de que o entrevistado possa estabelecer um paralelo entre o período que antecedeu a implantação do programa e após seu advento.

O número de participantes foi definido pelo critério de representatividade, que pode ser classificado como não probabilístico, sendo a seleção feita intencionalmente, por acessibilidade e tipicidade, onde os elementos pesquisados são considerados representativos da população-alvo a qual pretende-se alcançar⁸. Desta forma este estudo está composto de oito entrevistados sendo que cada um deles pertence a uma área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família diferente, sendo que as oito áreas geográficas correspondem juntas a cem por cento (100%) da

cobertura da Estratégia no Município. Salientamos que embora os participantes do estudo sejam de diferentes localidades, não foram identificadas mudanças acentuadas com relação aos dados obtidos nas diferentes áreas.

A coleta de dados fora realizada por meio de uma entrevista semiestruturadas (APÊNDICE A) que serviu de eixo orientador ao desenvolvimento da pesquisa. A entrevista obedeceu a um roteiro que é apropriado fisicamente para as questões norteadoras e utilizado pelo pesquisador, possibilitou que as hipóteses e pressupostos da pesquisa ficassem expostos nas conversas. Para a elaboração do roteiro das entrevistas, foi utilizado como referência o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/AMAQ (ANEXO 01). A coleta de dados deu-se a partir das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas vinculadas ao PMAQ, do Município de Três Passos/RS, pertencente à área de cobertura da 19ª CRS.

A escolha do Município para realização da pesquisa foi devido a este ter o PMAQ, implantado em cem por cento (100%) do seu território. Considerando o fato de neste momento, o pesquisador atuar como gestor municipal (Prefeito), fora avaliado que a coleta de dados, se efetuada diretamente, poderia concorrer para vieses de pesquisa, tais como constranger os entrevistados de modo a influenciar nas suas respostas, tendo em vista que as perguntas conduzem à reflexão sobre as políticas públicas, sobretudo quanto à estrutura e aos atendimentos prestados, que muitas vezes são atribuídos à gestão ou ainda não raramente ao gestor local. Desta forma, optou-se por organizar a coleta através de colaboradores devidamente habilitados e inseridos no contexto da referente pesquisa, iniciando então, um processo de organização do trabalho de campo, podendo este ser dividido em momentos distintos.

No primeiro momento, foi convidado um grupo de Enfermeiros que atuam na APS no Município, mais precisamente em Equipes de ESF, para uma reunião onde foi apresentada a pesquisa, bem como os seus objetivos, metodologia e contribuições que esta pretende construir. Tendo o grupo conhecimento da pesquisa, foram convidados os presentes para participarem da mesma, na condição de colaboradores, na qual todos manifestaram interesse em participar.

O segundo momento foi constituído por uma capacitação idealizada e elaborada pelo grupo de pesquisa e coordenado pela orientadora do trabalho. Na oportunidade, a equipe de colaboradores foi conduzida até o campus da UFSM, onde foram instrumentalizados para a coleta de dados. A oficina foi conduzida por mestrandos do grupo de pesquisa, supervisionados pela professora orientadora. Ao término da capacitação, os Enfermeiros que assumiram a coleta de dados, referiram-se seguros e preparados para a tarefa.

No terceiro momento organizou-se outra oficina, desta vez com o objetivo de qualificar a captação de áudio, sendo denominada “Status Gravando”, ministrada por uma Jornalista, tendo como objetivo qualificar os colaboradores na captação de áudio com diferentes sistemas operacionais de gravação bem com o correto armazenamento dos mesmos.

Outro aspecto importante a ser destacado, refere-se à equipe de Enfermeiros colaboradores atuarem na APS do Município, logo, foram organizados de forma com que eles desenvolvessem as atividades de campo em unidades opostas às que laboram cotidianamente. Desta forma, os dados foram coletados sob rigor e cuidados metodológicos adequados, a fim de obter-se dados fidedignos que refletissem sem viés as expressões, opiniões e pensamentos dos sujeitos da pesquisa.

Os dados foram analisados, por meio da análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática. A análise de conteúdo se refere a técnicas de pesquisa que permitem replicar e validar conclusões sobre dados do contexto pesquisado, por meio de procedimentos especializados e científicos. Já a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado⁶.

Normalmente, a análise temática definia o caráter do discurso através da contagem de frequência das unidades de significação. Do ponto de vista metodológico, apresentam-se três etapas de operacionalização da análise temática sendo: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁶.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos que serão analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais. A tarefa que compõe essa etapa é a leitura flutuante, que consiste na leitura do conjunto de comunicações que eu possuo. Isso faz com que o autor se inteire com o material de campo que já tens, fazendo com que o conteúdo seja absorvido pelo mesmo⁶.

Nesta etapa foram lidas todas as entrevistas transcritas, garantido que nem uma entrevista ou elemento ficassem de fora, alguns princípios trazidos pela autora foram rigorosamente observados tais como: exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência. Há também dentro desta etapa, a retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetros a leitura exaustiva do material e retomada das indagações iniciais. Aqui a leitura exaustiva do material foi intercalada com escuta atenta dos áudios das entrevistas e na busca de perceber o maior número de significados possível, também se utilizou a leitura do material transcrito concomitante com a audição das gravações das entrevistas.

A segunda etapa foi à exploração do material, que consistiu essencialmente em alcançar o núcleo de compreensão do texto, sendo necessário encontrar palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado⁶. Nesta fase buscou-se identificar as unidades de significação bem como foi possível categorizar os elementos que emergiram do material analisado.

Já a terceira e última etapa, denominada tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consiste na submissão dos resultados brutos às operações estatísticas simples ou complexas. Isso permite realizar interpretações, correlacionando-as ao quadro que foi desenhado inicialmente, ou ainda, permitindo que surjam novas dimensões teóricas e interpretativas⁶. Neste momento nos debruçamos na síntese e na seleção dos resultados obtidos fazendo a inferência com o tema proposto inicialmente, bem como buscando compreender achados diferentes dos esperados.

Todos os preceitos éticos de pesquisa que envolvem seres humanos foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹.

O presente estudo descende do projeto matricial intitulado “A Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e Conselheiros Municipais de Saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS”, de propriedade intelectual da Profª Drª Teresinha Heck Weiller, aprovado no CAAE sob o nº 49534815.60000.5346, pretendendo contribuir com a pesquisa na dimensão dos usuários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados primeiramente caracterizando os participantes da pesquisa, sendo que logo em seguida serão trazidos para análise os elementos que foram categorizados de acordo com os núcleos de sentido, os quais foram agrupados. Posteriormente faremos a inferência dos achados com os pressupostos iniciais, fazendo a discussão dos mesmos com os referenciais teóricos selecionados.

Os Usuários Participantes da Pesquisa

Os usuários participantes da pesquisa são moradores das áreas atendidas pelas Equipes de ESF, os quais foram entrevistados por livre demanda ao acessarem os serviços de saúde e concordaram em participar do estudo; além de não apresentarem nem um dos critérios de exclusão pré-estabelecidos pela pesquisa. Foram oito entrevistados, sendo a maioria, seis (06 n= 75%) do sexo feminino. Quanto à profissão, três participantes correspondendo à maioria, (03 n= 37,5%) referiu ser agricultor, corroborando com o fato de o Município ter a economia baseada na agricultura, sobretudo na agricultura familiar.

A renda familiar dos entrevistados variou entre sem renda no momento (entrevistado que se declarou desempregado) a R\$ 5.500,00. Com relação à idade dos entrevistados, esta oscilou de trinta e três (33) anos a sessenta e oito (68) anos. Com relação à escolaridade, os entrevistados registraram entre o ensino fundamental incompleto e Pós-Graduação completa.

Quanto ao tempo de residência no bairro, encontramos variação de quatro (04) a trinta e cinco (35) anos de domicílio, sendo a média calculada entre os entrevistados (somando-se e dividindo-se todos os períodos informados) de 19,37/anos de domicílio no bairro. Cabe aqui ressaltar que foi estabelecido um tempo mínimo de residência no bairro e de utilização dos serviços de saúde da APS, em função desse período ou superior, compreender a possibilidade de avaliar a implantação do PMAQ no Município. Para tanto, foi estipulado como um dos critérios de exclusão da pesquisa, morar e utilizar os serviços a menos de quatro anos.

O tempo de residência no bairro e no município não demonstrou variação significativa, entretanto com relação à utilização dos serviços de APS, observa-se que coincide em sua maioria com o tempo de residência no bairro, apontando que os usuários tendem a utilizar continuamente os serviços, como demonstrado no quadro elaborado a seguir denominado: (Quadro A)

Quadro A: Tempo de residência no Município x no Bairro x Tempo de Utilização dos Serviços de Atenção Básica-AB

Entrevistado	Tempo de Residência no Município	Tempo de Residência no Bairro	Há Quanto Tempo Utiliza os Serviços de Saúde
E1	30 ANOS	30 ANOS	17 ANOS
E2	33 ANOS	09 ANOS	09 ANOS
E3	35 ANOS	35 ANOS	10 ANOS
E4	35 ANOS	16 ANOS	16 ANOS
E5	30 ANOS	30 ANOS	20 ANOS
E6	4 ANOS	4 ANOS	4 ANOS
E7	22 ANOS	22 ANOS	15 ANOS
E8	9 ANOS	9 ANOS	9 ANOS

Fonte: elaborado pelo autor.

A Categorização dos Resultados

Ao analisarmos o material produzido por meio das entrevistas, buscou-se identificar as unidades de significação, bem como foi possível categorizar os elementos. De acordo com os núcleos de sentido que emergiram da leitura exaustiva do material, foi possível identificar elementos comuns, que permitem sua classificação em categorias. Para melhor explorar estes elementos, vamos utilizar os atributos essenciais da APS, a fim de discutirmos os achados dentro de eixos temáticos específicos.

Com o objetivo de avaliar a APS, foram definidos quatro atributos essenciais, os quais devem balizar a organização da APS, sendo¹⁰:

- Primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde¹⁰.

- Longitudinalidade: implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema¹⁰.

- Integralidade: as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro dos serviços da APS ou em outros serviços que compõe o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde¹⁰.

- Coordenação: significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço¹⁰.

Primeiro Contato

Quando indagados com relação aos serviços de saúde que buscam quando necessitam resolver suas demandas ou seus problemas de saúde, os achados da pesquisa nos permitem avaliar com clareza a referência da APS como porta de entrada do sistema de saúde, bem como, avaliar a acessibilidade ou mais precisamente o atributo do “primeiro contato”. Assim, todos os entrevistados referem buscar primeiramente a Unidade de ESF de sua referência, conforme as falas a seguir:

“Justamente aqui no Posto de Saúde, quando necessito venho aqui (...)” (E7)

“Não sendo emergência a gente se dirige ao Posto de Saúde, sendo emergência alguma coisa a gente procura o Hospital.” (E2)

“Eu procuro em Padre Gonzalez (...) (referindo-se à ESF Padre Gonzalez).” (E8)

Neste íterim, a acessibilidade também pode envolver a localização do estabelecimento próximo à sua população de abrangência, além dos horários e dias em que está aberto para atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade¹⁰.

Logo, a partir das falas dos entrevistados é possível verificar que os mesmos consideram a APS do Município resolutiva, além disso, demonstram conhecimento sobre as suas unidades

de referência, possuindo informações quanto à rotina da unidade que utilizam. A melhoria e ampliação do acesso aos serviços de atenção primária é um dos principais eixos propostos pelo PMAQ, pois conforme estabelecem as diretrizes e metas do programa um dos desafios propostos é o de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente³.

Além de reconhecer a APS como porta de entrada como vimos acima, a pesquisa apontou a avaliação do usuário em relação ao acolhimento recebido na unidade, ou seja, qual seria o sentimento dele ao chegar à unidade de saúde. Desta forma, podemos traçar um paralelo não só da acessibilidade, que podemos brevemente descrever como: a característica da oferta que permite as pessoas chegarem ao serviço, mas também do acesso, que é como as pessoas percebem a acessibilidade¹¹. Ainda, podemos identificar a influência da forma de atendimento neste processo. Para tanto, destacamos falas com núcleos de sentido idênticos para análise:

“Aqui eu me sinto bem, a gente é bem atendido (...).” E1

“Eu me sinto bem, bem tranquilo, assim a gente sempre foi bem quando precisei, mais de emergência com dor, assim a gente sempre foi bem atendido (...).” E2

“Olha eu aqui não tenho nem uma queixa (...).” E3

“Muito bem, porque eu sou sempre bem atendida (...).” E4

Em termos de avaliação em saúde, a percepção dos usuários constitui-se em importante ferramenta de avaliação do cuidado prestado. Nesse contexto, a acessibilidade pode ser conceituada como a capacidade de o usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente¹⁰ podendo esta, ser percebida nas falas acima, as quais permitem uma análise para além do campo tradicional de “bom ou Ruim”, mas também significar seus sentimentos e impressões ao acessar os serviços.

Ao relacionarmos com o PMAQ, foi possível observar que o programa está cumprindo o seu papel enquanto avaliador do acesso e da qualidade da APS, pois a partir das falas dos entrevistados, poderemos afirmar que os serviços desse nível de atenção estão acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população¹¹. Nesse sentido, faz-se necessário a adoção de ferramentas apropriadas para o gerenciamento das ações em saúde, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho, o compartilhamento do processo decisório¹⁰ e principalmente, a cultura

da avaliação em saúde; de modo que possam contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato.

Longitudinalidade

Observa-se também que a maioria dos entrevistados busca com frequência sua Unidade de ESF, nos possibilitando uma relação com o atributo da “Longitudinalidade”. O quadro abaixo (Quadro B) demonstra a frequência da utilização dos serviços de saúde ao longo do tempo.

Quadro B: Frequência com que os entrevistados procuram a Unidade de Saúde.

Entrevistados	Frequência com que utilizam a Unidade de Saúde
E1	Mensalmente
E2	Anualmente
E3	Com frequência*
E4	Mensal
E5	Anualmente
E6	Mensalmente
E7	Mensalmente
E8	Com frequência*

Fonte: Elaborado pelo autor.

Muito embora a maioria dos entrevistados refira utilizar o serviço mensalmente, ou até com frequência, dois (02) entrevistados afirmaram usar o serviço apenas anualmente. Entretanto, mesmo que não ocorra uma busca frequente dos serviços, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida¹⁰, pois o vínculo estabelecido com a equipe de profissionais permanece. Este vínculo entre os profissionais e usuários possibilita-os fornecer informações sobre a familiaridade entre eles, mais um indício da longitudinalidade do cuidado à saúde. As falas demonstram que há um grau satisfatório de entrosamento entre as equipes e usuário:

“Conheço todas as gurias aqui (...)”. E1

“(...) na verdade todas elas, já faz algum tempo que elas trabalham aqui com nós, a gente acaba conhecendo” (...). E2

“Conheço há vários anos (...)”. E3

Todos os entrevistados conhecem as Equipes de Saúde onde buscam atendimento, afirmando ter conhecimento do nome de um ou mais membros da equipe, além de reconhecê-los de acordo com a função desempenhada. Esta relação de vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal) possibilita maior alcance do entendimento entre profissionais e usuários, um sentimento de pertencimento aquele local, maior tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde¹⁰. Portanto, deve ser considerado um dispositivo imprescindível nas práticas atuais de atenção à saúde.

Entretanto, para sua real efetivação faz-se necessário o comprometimento por parte dos profissionais de saúde, de modo que estejam dispostos a colocar-se no lugar do usuário e desenvolver suas práticas em prol das necessidades de saúde da população, por meio de ações de fala, escuta qualificada, vínculo e negociação. Pois conforme estabelecido nas diretrizes do PMAQ, constitui-se em meta induzir e estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários³. Neste sentido pode-se concluir que os usuários participantes da pesquisa avaliam como adequado o vínculo estabelecido com as equipes, estando desta maneira em consonância com o preconizado pelo PMAQ.

Integralidade

Outro aspecto importante trazido pela pesquisa é com relação aos atendimentos das necessidades da população por ocasião do atendimento nas Unidades de Saúde ou fora delas, de acordo com o problema ou situação apresentada. Sabemos que neste sentido existem limitantes e que nem sempre é possível atender todas as demandas e expectativas da população. Podemos caracterizar este tópico como avaliação da integralidade do atendimento. Para facilitar

esta análise, as falas foram organizadas conforme os núcleos de significados obtidos, como demonstrado no quadro a seguir: (Quadro C)

Quadro C: Avaliação da integralidade do atendimento.

Entrevistado	Plenamente Atendidos	Parcialmente Atendidos
E1	“Sim (...)”	
E2		“Nem sempre (...)”
E3	“Até hoje todas, muito bem (...)”	
E4		“(...) nem sempre (...)”
E5	“Sempre, sempre foi atendida (...)”	
E6	“(...) todos os meus problemas (...)”	
E7	“É sempre foi atendida (...)”	
E8	“São atendidas sim. Sim isso sim”.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para aprofundarmos a reflexão neste atributo, separamos uma das falas que evidenciam o entendimento do usuário sobre a integralidade, ou seja, de que forma o usuário percebe a integralidade no atendimento:

“(...) nem sempre, há tipo agora eu precisei, vou precisar para minha filha hoje estou indo consultar com o oculista e eu gostaria de ser atendida por outro oculista diferente (...)”E4

Analisando a fala acima, observou-se que o serviço providenciou o encaminhamento necessário para resolução do problema de saúde, porém não atendeu a expectativa do usuário. Com relação à oferta de serviços, as unidades de atenção primária devem se organizar para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, incluindo encaminhamento de consultas em serviços especializados de média ou alta complexidade para manejo definitivo de problemas específicos¹⁰. Além disso, cada unidade de saúde deve explicitar sua responsabilidade, tanto para a população atendida quanto para a sua própria equipe, assim como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis¹⁰. A equipe deve estar instrumentalizada para orientar com relação ao funcionamento da rede de

serviços e eventualmente estabelecer a diferença entre serviços disponíveis, característicos da rede pública e serviços ofertados, característicos da rede privada.

Ao que tange a percepção dos usuários em relação ao atendimento dos profissionais, os entrevistados não só responderam com relação ao atendimento, mas também como se sentem em relação aos mesmos. Este ponto do estudo demonstra-se relevante a partir da possibilidade de avaliar não só a qualidade do atendimento, um dos pontos norteadores da proposta do PMAQ, mas também uma das principais ferramentas disponíveis para o alcance deste objetivo, sendo esta o “acolhimento”, tendo em vista que a proposta do acolhimento constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado¹¹. Vejamos algumas falas separadas para essa análise:

“Bem, eles atendem bem.” E2

“Com muita atenção, sempre com atenção e sempre resolvem o problema que eu tenho (...).” E5

“Como amigas, além de ser atendida com os medicamentos que é necessário, o que faz você se sentir bem é a amizade (...).” E6

Cabe destacar que o acolhimento não é necessariamente uma atividade isolada, mas mais do que isso é uma atitude que circunda as atividades assistenciais. Constitui-se em identificar constantemente as necessidades de saúde dos usuários e formas possíveis de atendê-las, dentro ou fora da rede de serviços de atenção primária¹¹.

As falas acima demonstram acolhimento por parte da equipe ao recepcionar a população, resolubilidade e comprometimento entre a equipe e usuários. Nesse sentido, a integralidade do cuidado depende também da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos¹¹.

Considerando o PMAQ como uma ferramenta de avaliação do acesso, pode-se dizer que o acolhimento é um mecanismo de facilitação do acesso, pois inclui a atenção à saúde aos usuários que apresentam necessidades de saúde não contempladas nos critérios de risco ou na agenda programática. Sendo assim, exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços de saúde, como por exemplo, realizar ações em momentos que podem extrapolar o acompanhamento agendado do dia.

Coordenação da Atenção

Ainda indagou-se com relação aos encontros das equipes de saúde com a comunidade para avaliar a proximidade, coordenação do cuidado e possibilidade do repasse de informações entre equipe e comunidade. Pode-se dizer que a coordenação entre níveis assistenciais é definida como a articulação entre os serviços e ações de saúde de forma que esses estejam sincronizados e focados em um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados¹⁰. Fica evidenciado através das falas que existe um contato permanente entre as equipes e a comunidade, estruturado por meio de reuniões periódicas de acordo com a realidade de cada serviço, tendo em vista a característica da população referenciada (rural, urbana ou ainda rural e urbana). Tal afirmação pode ser corroborada através da estrutura e significação das frases a seguir:

“(...) que sei é que ocorre (...)” E1

“Eu sei que tem alguma coisa sim (...)” E2

“Eu sei que ocorre com frequência (...)” E3

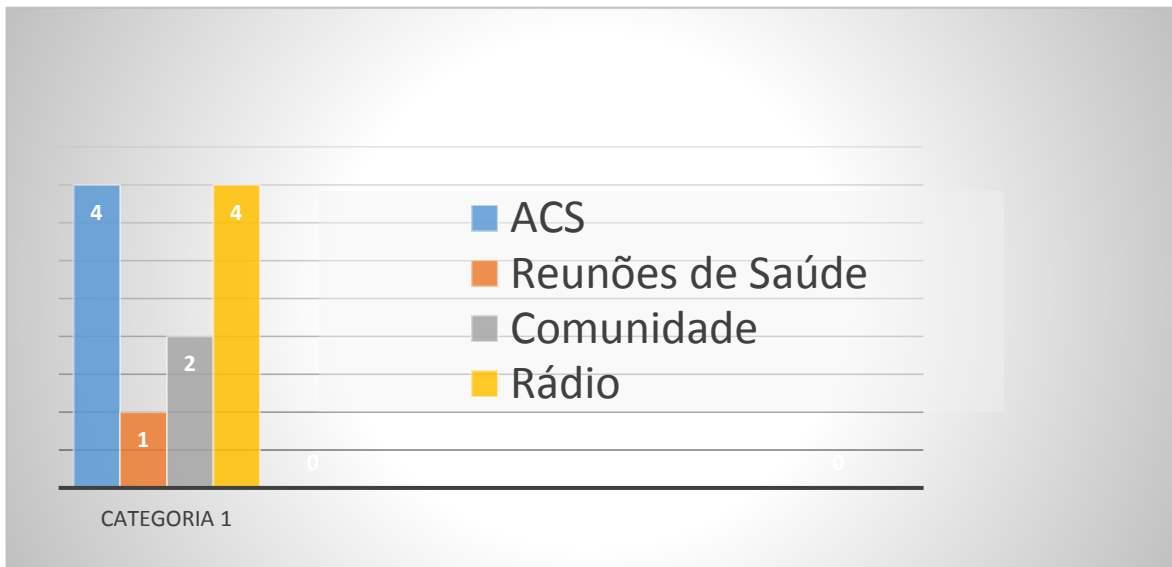
“Eu não participo, mas tenho ouvido principalmente nos Distritos, que são um pouco mais afastados (...)” E4

Entende-se por coordenação um conjunto de ações que procurem garantir a continuidade do cuidado bem como reconhecer e identificar os diferentes problemas de saúde de uma comunidade. Objetiva-se ainda ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde. De forma mais direta, pode-se dizer que significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de saúde¹⁰. A autoavaliação inserida no contexto do PMAQ, oportuniza as equipes e gestores terem um olhar permanente sobre as práticas de saúde, sobre tudo na melhoria dos indicadores e resutibilidade das ações desenvolvidas.

A coordenação da atenção perpassa por vários cenários, objetivando a integração das unidades de saúde com a rede assistencial. Esta organização é fundamental para garantir uma

oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações, sendo em micro ou macro espaços, realizadas pelas equipes de saúde. Nesse contexto, a pesquisa buscou avaliar também como a comunidade fica sabendo das atividades e informações sobre sua unidade de saúde, ou seja, de que forma chegam aos usuários às informações sobre os serviços de saúde. Acompanhe os resultados demonstrados no gráfico a seguir denominado: (Gráfico A)

Gráfico A: Meio de informação do usuário sobre os serviços de saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor. *Alguns entrevistados registraram mais de um meio de acesso à informação.

Esta análise demonstra ser possível ampliar os espaços de diálogo, utilizando-se das ferramentas de acesso as informações já disponíveis e utilizadas pelos usuários, buscando potencializá-las, bem como desenvolver novas formas de comunicação entre a equipe e a comunidade, haja vista, que a troca de informações é fundamental para que as equipes da APS exerçam seu papel de coordenação da atenção e do cuidado.

Quando indagados sobre como avaliam os serviços das Unidades de Saúde as quais pertencem, os núcleos de significado das falas permitem apontar além do conceito usual (bom ou ruim), mas também trazem referências ao conjunto: profissionais, equipe, estrutura dos serviços.

“Assim a estrutura eu acho que tá de bom tamanho. Os profissionais assim também atendem bem (...)” E2

“A estrutura dos profissionais é muito boa (...)” E4

“Ótimo, avalio muito bom, muito bom o trabalho de todo mundo aqui, acho que o

estabelecimento é bom é bom o atendimento é bom os profissionais (...)” E5

“(...) todas as vezes que precisei me atenderam. Nunca me falaram não e a estrutura é ótima (...).” E6

Cada serviço de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste das características que possibilitam a oferta de serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema, como as ações da população e usuários, e o resultado refletido em vários aspectos do estado de saúde¹². Nesse sentido, o PMAQ abrange instrumentos de avaliação que auxiliam no planejamento desses componentes dos serviços de saúde, sendo identificados os nós críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas para a melhoria da APS, ou seja o MS reconhece os desafios na busca da qualificação da atenção primária em todo o país tais como: Precariedade da rede física; Ambiência pouco acolhedora das UBS; Inadequadas condições de trabalho para os profissionais².

Pois pode-se afirmar também que integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário¹¹.

Em suma, pode-se dizer que os quatro atributos são igualmente importantes e essenciais para que a APS, figure como protagonista na coordenação e na promoção do cuidado a saúde, entretanto a que se reconhecer o papel norteador do atributo da coordenação, pois demonstra ter maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida¹¹. Ao relacionar o PMAQ e os atributos essenciais da APS, foi possível observar que objetivos se complementam, sendo norteadores e balizadores das ações em saúde na APS.

A percepção dos usuários sobre as mudanças ocorridas e sua relação com a implantação do PMAQ.

Um dos principais pontos que a pesquisa buscou analisar foi à percepção dos usuários sobre a implantação PMAQ, o qual foi instituído pela Portaria nº 1.654/2011 do MS, sendo resultado de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do

SUS. O programa contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil¹.

Este estudo permite fazer uma avaliação do grau de apropriação dos usuários com relação aos programas e políticas públicas, verificando seu o conhecimento ou nível de informação acerca do PMAQ, o qual foi implantado no Município de Três Passos/RS a partir do ano de 2012. Corroborando a relevância desta pesquisa, haja vista verificarmos uma importante dificuldade nas práticas avaliativas em vigência no que diz respeito à inclusão do olhar do usuário sobre as ações produzidas na política de saúde⁵.

A fim de responder a questão de pesquisa, os entrevistados foram indagados se já haviam ouvido falar sobre o PMAQ, sendo que sete (07 n=87,5%), referiram desconhecer ou não havia ouvido falar do programa, como demonstrado no a seguir: (Quadro D)

Quadro D: Nível de conhecimento sobre o PMAQ.

Entrevistados	O Sr. (a) conhece ou ouviu falar sobre o PMAQ?
E1	Não (...)
E2	Não (...)
E3	Não (...)
E4	Não (...)
E5	Não (...)
E6	Sim (...)
E7	Não (...)
E8	Não (...)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao analisar que a maioria dos entrevistamos demonstrou não ter conhecimento sobre o PMAQ, faz-se um alerta sobre a necessidade de melhorar o nível de informação aos usuários sobre as políticas públicas, programas e ações voltadas à comunidade atendida pelas equipes e serviços de saúde.

Um dos pressupostos iniciais da pesquisa foi avaliar como os usuários perceberam a implantação do PMAQ no Município, ou seja, tentar perceber como eles avaliam as modificações trazidas pelo programa. Para responder à pergunta de pesquisa, indagou-se aos entrevistados: “O senhor (a) percebeu alguma mudança nos serviços prestados por essa Unidade de Saúde? ”

Para avaliar com precisão a percepção dos usuários com relação às mudanças, elaboramos um quadro no qual separamos os participantes que perceberam e os que não perceberam as mudanças em nenhum aspecto proposto pelo PMAQ, através dos núcleos de sentidos das falas, como segue:

Quadro E: Mudanças ocorridas nas Unidades de Saúde, sob a percepção dos usuários.

Entrevistado	Percebeu mudanças	Não percebeu mudanças
E1	“Eles vivem mudando, mas sempre para melhor (...)”	
E2	“(…) agora é tudo informatizado (...)”	
E3	“Eu percebi uma mudança (...)”	
E4	“(…) a questão da estrutura que mais melhorou (...)”	
E5	“Sim percebo (...)”	
E6	“Olha mudança tem sempre. De um dia pro outro você vê mudança (...)”	
E7		“Eu não percebi (...)”
E8	“A isso sim isso, melhoria sim (...)”	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao avaliar o quadro sinóptico percebemos que sete (07 n=87,5%) dos entrevistados respondeu afirmativamente com relação à percepção das mudanças ocorridas, sendo evidenciadas mudanças principalmente com relação à estrutura. Pode-se dizer então que os entrevistados em sua maioria perceberam mudanças e as relacionaram com melhorias. Apesar dos entrevistados em sua maioria não conseguirem identificar o PMAQ, os mesmos conseguem perceber as mudanças promovidas ou induzidas por ele, muito embora não estabeleçam a relação entre as mudanças e a implantação do programa.

A adesão ao PMAQ permitiu ao Município de Três Passos/RS, investir na melhoria da estrutura física e funcional das Unidades de Saúde, bem como melhorasse a política de incentivos salariais aos profissionais. Outro aspecto importante é ter introduzido à Atenção Básica do Município a cultura da avaliação, permitindo a reflexão sobre os serviços prestados, promovendo maior interação entre gestores, profissionais e equipes, a partir do objetivo comum de qualificar e valorizar a Atenção Básica. Do ponto de vista financeiro, o programa representa um incremento significativo no orçamento municipal tendo até o presente momento repassado o montante (acumulado) de R\$ 2.991.969,57 sendo este valor importante na manutenção da infraestrutura existente e no equilíbrio das contas públicas municipais e na qualificação do serviço prestado¹³.

No quadro abaixo fizemos um breve comparativo entre a percepção dos entrevistados com relação as mudanças ocorridas e seu grau de conhecimento sobre o PMAQ:

Quadro F: Percepção das mudanças ocorridas x Conhecimento do PMAQ.

Entrevistado	Percebeu mudanças	Não percebeu mudanças	O Sr. (a) conhece ou ouviu falar sobre o PMAQ
E1	“Eles vivem mudando, mas sempre para melhor (...)”		Não(...)
E2	“(...) agora é tudo informatizado (...)”		Não(...)
E3	“Eu percebi uma mudança (...)”		Não (...)
E4	“(...) a questão da estrutura que mais melhorou (...). ”		Não (...)
E5	“Sim percebo (...). ”		Não (...)

E6	“Olha mudança tem sempre. De um dia pro outro você vê mudança (...)”		Sim (...)
E7		“Eu não percebi (...).”	Não (...)
E8	“A isso sim isso, melhoria sim (...)”		Não (...)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Desta forma, estabelecemos que os entrevistados percebem as mudanças ocorridas nas Unidades de Saúde onde buscam atendimento, porém não às atribuem ou relacionam a adesão do Município ao PMAQ. Tal achado demonstra que é preciso melhorar o nível de informação e empoderamento dos usuários sobre as políticas públicas, programas e ações voltadas a ele, sendo necessário institucionalizar a avaliação, para que se possa formalmente articular um processo colaborativo entre gestores, avaliadores, profissionais, usuários, academia, e serviços de saúde, no apoio as decisões tomadas⁵.

O aumento do nível de informações por parte dos usuários, implica em desenvolvimento do senso crítico sobre políticas públicas, programas e ações de saúde desenvolvidos, sendo que esta percepção por parte da população, implica na garantia de direitos, possibilidade e aumento na participação das ações desenvolvidas e melhor utilização da rede de serviços disponíveis, sendo um desafio a ser assumido por todos: usuários, profissionais e gestores.

Considerações Finais

O presente estudo buscou analisar a implantação do PMAQ, no Município de Três Passos/RS, sob a perspectiva dos usuários, procurando identificar se eles percebem ou identificam mudanças propostas pelo programa e como as avaliam, sob o ponto de vista do atendimento prestados pelas Equipes de ESF; e a relação que estabelecem entre as mudanças ocorridas e a implantação do programa. Desta forma, foi possível por meio dos dados,

categorizar as informações através dos núcleos de sentido das falas, sendo que para permitir uma análise mais apurada dentro de eixos específicos, utilizamos os atributos essenciais da APS.

Avaliando os resultados obtidos, observamos que os usuários de forma geral avaliam positivamente os serviços de saúde, de acordo com os diferentes atributos presentes no estudo. Também foi possível concluir que os entrevistados observaram mudanças no atendimento prestado, sobretudo no aspecto estrutural das unidades de saúde, sendo que classificam essas mudanças como positivas, fato que fica evidenciado através dos sentidos das falas analisadas.

Outro achado importante é o fato de que a maioria dos usuários entrevistados referiu não conhecer ou ter ouvido falar do programa, muito menos relacionar as mudanças ocorridas à implantação do mesmo, demonstrando que de um modo geral, os usuários não têm informações suficientes sobre o PMAQ. Com uma visão mais crítica, podemos classificar como baixo nível de empoderamento da população com relação às políticas públicas e programas desenvolvidos. Configurando, portanto, um desafio para profissionais, usuários e gestores buscarem alternativas para que cada vez mais as políticas públicas se desenvolvam com a participação de todos os atores envolvidos neste processo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. (Coleção para Entender a Gestão do SUS). CONASS. Brasília 2011; vol. 1, p. 291.
2. 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
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...]. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011.
4. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(1): 103-114
5. Pinheiro R, Martins PHN, organizadores. Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica. CEPESC/IMS-UERJ. 1. ed. Recife: Universitária UFPE editora; São Paulo : ABRASCO, 2011; p. 376.
6. Minayo MC de Souza. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO editora; São Paulo 2014; p. 408.
7. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas editora 2002; p. 176.
8. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 1998. 1a. edição: 1997. 90p.
9. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012,2012a. Que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União 14 jun 2013; Seção 1.
10. Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 2002; p. 726.
11. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2013; 66(esp):158-164
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. MilbankQ, The Milbank Quarterly 1966; 44(2):166-206
13. Prefeitura Municipal de Três Passos/RS. Homepage Prefeitura Municipal. Três Passos, 2017. Disponível em: <http://www.trespazos-rs.com.br/?p=artigo-5-10-2.html#principal>.

ARTIGO 2

OFICINA DE CAPACITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

¹Artigo formatado segundo normas da “Revista Las Casas”, Qualis B3. Artigo submetido, em fase de avaliação pela equipe editorial da revista.

**OFICINA DE CAPACITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PESQUISA
QUALITATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA
TRAINING WORKSHOP FOR DATA COLLECTION IN QUALITATIVE
RESEARCH: EXPERIENCE REPORT
TALLER DE FORMACIÓN PARA RECOGIDA DE DATOS EN LA
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: RELATO DE EXPERIENCIA**

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência do planejamento e realização de oficina de capacitação para coleta de dados em pesquisa em saúde. **Método:** Utilizou-se o relato de experiência. **Resultados:** A atividade foi planejada durante encontros de um grupo de pesquisa e idealizada pelos participantes do referido grupo. A oficina foi voltada aos enfermeiros da Atenção Básica de um município pertencente a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Foi realizada no mês de março de 2016 com duração de cinco horas. Para realização da mesma utilizou-se apresentação em Power Point abordando aspectos referentes à pesquisa qualitativa e tipos de entrevistas. Ademais, com o objetivo de propiciar um momento de aprendizado, foram utilizadas metodologias ativas, sobretudo a problematização, motivando-as à reflexão. **Conclusão:** Percebeu-se que as enfermeiras colaboradoras sentiram-se preparadas para uma coleta de dados segura e de qualidade. **Descritores:** Avaliação em Saúde, Atenção Básica à Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: Objective: To present the experience of planning and conducting training workshop for data collection in health research. **Method:** The experience report was used. **Results:** It projects the activity during meetings of a research group and idealized by group participants. The workshop was devoted to primary care nurses in a municipality in regional 19ª Coordenadoria Health of Rio Grande do Sul. It was held in March 2016 with a duration of five hours. To carry out the same we use Power- Point presentation address issues related to research and types of qualitative interviews. Moreover, in order to provide a learning time, active methodologies, especially the interrogation, motivating reflection they were used. **Conclusion:** It was observed that nurses who work feel ready for secure data collection.

Descriptors: Health Evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy.

RESUMEN: Objetivo: Presentar la experiencia de la planificación y la realización de taller de capacitación para la recolección de datos en la investigación sanitaria. **Método:** Se utilizó el relato de experiencia. **Resultados:** se proyecta realizar la actividad durante las reuniones de un grupo de investigación e idealizada por los participantes del grupo. El taller se dedicó a las enfermeras de atención primaria en un municipio perteneciente a la 19ª Coordenadoria de Salud regional de Rio Grande do Sul. Se celebró en marzo de 2016 con una duración de cinco horas. Para llevar a cabo el mismo usamos presentación de Power Point y abordar los aspectos relacionados con la investigación y los tipos de entrevistas cualitativas. Por otra parte, con el fin de proporcionar un momento de aprendizaje, se utilizaron metodologías activas, especialmente el interrogatorio, motivándolos a la reflexión. **Conclusión:** Se observó que las enfermeras que colaboran sentían preparados para una colección de datos seguros y de calidad. **Descritores:** Evaluación em Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é representada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com elevado grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo em locais próximos a moradia das pessoas. Desta forma, passa a ser o contato preferencial dos usuários, e principal porta de entrada no sistema de saúde, além de centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Neste sentido é de suma importância que a mesma se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ressalta-se que, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes¹.

Como eixo estruturante da Atenção Primária em Saúde (APS) e para reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) apresentou como perspectiva a proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF). Orientada pelas principais características da atenção primária, objetivando reorganizar o modelo assistencial por meio da ampliação da rede de atenção em saúde. O MS defende a ESF como modelo de APS que possibilita a implantação definitiva das diretrizes do SUS (universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária) ².

Assim, desde a criação do SUS, houve muitos avanços e desafios a serem superados. Algumas estratégias e políticas vêm sendo formuladas e implantadas, no intuito de buscar de mudanças que melhorem as condições de saúde da população, viabilizando a universalidade do acesso aos serviços de saúde bem como os outros princípios que regem o SUS³. Outrossim, no campo da saúde ressalta-se a importância da gestão de serviços de saúde, a qual tem a finalidade de aperfeiçoar e otimizar o funcionamento das organizações, de maneira a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Neste cenário, a avaliação torna-se uma ferramenta necessária de apoio à gestão pela sua capacidade de aprimorar a qualidade da tomada de decisão⁴.

De acordo com Sancho e Dain (2012)⁵, a avaliação em saúde, nos últimos anos tem se configurado como um importante instrumento para planejamento da gestão de sistemas e de serviços de saúde. Sua utilização não fica restrita no âmbito das análises relacionadas à efetividade de intervenções e uso eficiente de recursos disponíveis, abrangendo a satisfação de uma parcela da população usuária do sistema, bem como dos agentes formadores de políticas.

Com objetivo de inserir o processo de avaliação na Atenção Básica (AB), e ampliar e melhorar o acesso da população, o Ministério da Saúde - MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Com garantia de um padrão de qualidade que possa ser comparado a nível nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O PMAQ-AB se insere em um contexto de expansão e consolidação da Atenção Primária em Saúde, no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS⁶.

Instituído pela portaria nº 1.654/2011-MS, posteriormente revogado pela Portaria 1645/2015 é resultado de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos nos quais, MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil⁷.

O programa é composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. As fases do PMAQ-AB se complementam para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da Atenção Básica, sendo que cada ciclo tem a duração de 24 (vinte e quatro) meses. As fases do PMAQ são caracterizadas como: 1ª fase: Adesão e Contratualização, composta pelas etapas de formalização da adesão, contratualização, informação sobre a adesão; a 2ª fase: Certificação, composta pelas etapas de avaliação externa de desempenho das equipes e da gestão da AB, avaliação de desempenho dos indicadores, verificação da realização do momento autoavaliativo; e a 3ª fase: Recontratualização, nesta fase há a pactuação singular do Distrito Federal e dos municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB. Quanto ao eixo estratégico transversal de desenvolvimento, este requer o desdobramento de um conjunto de ações para qualificar a atenção básica envolvendo: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal⁷.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar a preparação e/ou capacitação de enfermeiros que atuam na Atenção Básica-AB para coleta de dados em pesquisa qualitativa em saúde. Os dados coletados serão utilizados no projeto intitulado: A percepção dos Usuários Sobre a Implantação de Programa na Atenção Básica de Saúde no Município de Três Passos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato descritivo sobre a experiência da realização de uma atividade de capacitação para coleta de dados de pesquisa. A capacitação se deu na forma de uma oficina desenvolvida por seis mestrandos, onde três encontram-se no primeiro ano e dois no segundo ano, além de uma enfermeira mestre integrante do grupo de pesquisa, bem como a coordenadora da atividade, uma professora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem de uma universidade no interior do RS. A oficina foi direcionada a profissionais de saúde atuantes em oito Estratégias de Saúde da Família onde a pesquisa seria aplicada. Salienta-se que tal estudo deriva do projeto matricial intitulado “A Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e Conselheiros Municipais de Saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS”, e foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM sob CAAE. 49534815.60000.5346, e contemplado pelo edital 011/2016 - PRPGP/UFSM/FIPE Sênior.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da ideia a idealização

A iniciativa em desenvolver a capacitação de enfermeiros da Atenção Básica-AB se deu em virtude do mestrando pesquisador/responsável pelo projeto de pesquisa, cuja proposta é trabalhar a percepção de usuários acerca da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica-PMAQ no Município de Três Passos/RS, ser também gestor do referido Município.

Logo, conclui-se que não seria ético que este se envolvesse diretamente no momento das coletas, isto é, aplicando o instrumento e realizando as entrevistas, podendo comprometer os dados coletados. Pois, este fato poderia influenciar o resultado da pesquisa, uma vez que os usuários poderiam sentir-se constrangidos frente ao mesmo, fazendo com que emergisse a ideia da execução de uma oficina para capacitação de profissionais colaboradores. Desta forma, justificando a necessidade da atividade.

Inicialmente foram realizados dois encontros prévios entre os mestrandos, o grupo de pesquisa e a orientadora, a fim de planejar as atividades que seriam realizadas durante a capacitação. A ideia de promover uma oficina surgiu durante um dos encontros do grupo de pesquisa coordenado pela professora orientadora. Destaca-se que os encontros do referido grupo intitulado: Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva são arena de amplo debate

e ações acerca de temas que perpassam o cenário da Atenção Básica, dentre os quais a avaliação em saúde. O grupo conta com profissionais da saúde sob a perspectiva multidisciplinar, onde enfermeiros, nutricionistas, estudantes de enfermagem, fisioterapia, odontologia e história discutem e reafirmam conceitos relevantes à temática.

Considerou-se o primeiro encontro o momento onde a proposta foi idealizada, conforme citado anteriormente. Neste momento, após a utilização da Técnica Brainstorming o grupo optou pela realização da oficina. Embora seja considerada uma técnica a ser aplicada em grupo, o brainstorming também pode ser individualizado. Neste caso, quando aplicado individualmente, tende-se a gerar ideias mais livres e explorar mais campos, pois o receio em relação a críticas é menor. Todavia quando aplicada em grupo, as ideias costumam ser mais eficientes devido à experiência e à diversidade dos participantes⁸.

Já no segundo encontro a proposta começa a ganhar vida. Nesta ocasião, o instrumento de coletas de dados foi finalizado, o cronograma da atividade da oficina de capacitação foi elaborado, e também se discutiram quais seriam os materiais disponibilizados aos enfermeiros participantes. Também nesta reunião, a orientadora sugeriu quais temas deveriam ser abordados na capacitação. Definiu-se qual seria o objetivo principal da oficina, a saber: transmitir os aspectos básicos de uma pesquisa científica, suas diferenças, tipos e importância para a sociedade, fornecendo as informações necessárias para prepará-los para a realização de uma coleta de dados de qualidade, com ética e sem vieses.

Profissionais colaboradores, coleta de dados, e local

A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas orientadas por um instrumento semiestruturado aplicado aos usuários das Unidades de Estratégia de Saúde da Família-ESF do Município de Três Passos/RS, pertencente administrativamente a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS – CRS/RS. Desta maneira, optou-se por convidar enfermeiros das unidades da ESF do Município para realizarem a coleta de dados aos usuários desses serviços. Ressalta-se que o convite foi aceito por todos os profissionais colaboradores convidados. No momento do convite, houve a apresentação do projeto de pesquisa ressaltando-se a relevância do projeto, e importância da ampla participação, tanto da secretaria de saúde quanto dos profissionais colaboradores, haja vista as futuras ações que poderão ser viabilizadas após a realização desta pesquisa.

O Município onde a pesquisa seria realizada apresenta 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família- ESF (oito unidades) sendo que a implantação do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ ocorreu em 2012. Ressalta-se que todas as unidades participaram da pesquisa. Esclareceu-se aos entrevistadores que no momento da coleta os mesmos realizariam as entrevistas em outras unidades (diferentes das quais exercem alguma atividade) com o intuito de evitar vieses, haja vista, existência de prováveis vínculos entre os profissionais e os usuários. Todos os enfermeiros participantes da coleta de dados concordaram em participar da atividade e ter os resultados divulgados. As unidades em que os profissionais atuam colaboraram como a pesquisa, viabilizando a liberação dos mesmos para a realização da oficina.

Oficina

Conforme cronograma previamente estabelecido a oficina foi marcada em dia e horário condizente com a disponibilidade dos enfermeiros e demais participantes, bem como da disponibilidade de uma sala de aula para tal. Assim, a atividade, denominada Oficina de Coleta de Dados em Pesquisa Qualitativa, ocorreu no dia 10 de março de 2016, em um único encontro no período vespertino. A oficina totalizou carga horária de cinco horas, com início às 13h30min e término às 18h30min. Salienta-se que os profissionais receberam certificado de participação.

Os temas trabalhados na oficina foram: abordagem em pesquisa qualitativa e quantitativa; entrevista, aspectos gerais da entrevista; cuidados éticos; cuidados de conduta durante a entrevista subjetiva; diferença entre entrevista e questionário; características da entrevista individual; e aspectos gerais da entrevista narrativa.

Utilizou-se a metodologia ativa por possibilitar a participação dinâmica dos colaboradores, alocando-os no centro do aprendizado, e envolvendo-os na discussão, não como receptores, mas como o principal responsável pela construção do seu conhecimento. Busca-se instigar o aprendiz mediante situações-problema, para que ele reflita e se posicione de maneira crítica⁹. Foram empregadas dinâmicas didático-pedagógicas, tais como dramatização, discussões em grupo, mesa-redonda e palestra, proporcionando aos participantes que pudessem expressar opiniões, relatar experiências relacionadas ao tema e esclarecer dúvidas quanto à pesquisa e ao processo de coleta de dados.

Para a construção dos temas relatados anteriormente e apresentados na oficina foram utilizados, além do manual instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), artigos de periódicos eletrônicos que abordavam o tema da pesquisa científica, os quais auxiliaram na construção de um material satisfatório para alcançar o objetivo da oficina¹⁰.

Antes da realização da oficina, o grupo se organizou com o intuito de atender todas as demandas da oficina. Assim, três integrantes do grupo ficaram responsáveis pela coordenação da atividade, juntamente com a orientadora da pesquisa, sendo suas principais tarefas: recepção dos profissionais colaboradores, apresentação do grupo de pesquisa, esclarecimento quanto ao objetivo da atividade e expectativas de todos, mediação das discussões teóricas e práticas e finalização da oficina. Dois mestrandos responsabilizaram-se pela organização do lanche e dois pela dramatização de uma entrevista, dois integrantes pela organização da ambiência, como climatização, organização das cadeiras em círculo e controle do tempo, e um para fazer as anotações pertinentes. Evidencia-se que houve mais de uma atribuição por integrante.

Concretizando a oficina: o passo-a-passo

Após uma breve apresentação de todos os presentes iniciou-se a oficina com a realização da dramatização de uma entrevista caracterizada pela simulação de uma coleta de dados de um enfermeiro a um usuário, seguida de discussão acerca dos erros e acertos que os profissionais participantes observaram na cena. Na sequência iniciou-se a apresentação em Power Point do material sobre pesquisa científica. Distribuiu-se aos participantes um material para leitura, a fim de norteá-los acerca dos aspectos importantes a serem abordados durante a apresentação.

Foi proporcionado um momento de descanso e descontração quando o coffee break foi servido. Neste momento pôde-se perceber o quanto a experiência estava sendo agradável a todos, o grande grupo estava à vontade e seguro da importância da atividade. Posteriormente foi apresentado o instrumento de coleta dos dados. Foi proposta a aplicação do instrumento aos membros do grupo a fim de adquirir familiaridade com o mesmo, sanar eventuais dúvidas, fragilidades e limites da pesquisa.

Quanto ao instrumento para coleta de dados, sua elaboração foi ao encontro com o objetivo da pesquisa e com base nos padrões de qualidade do manual de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Assim, o mesmo apresenta uma questão inicial acerca de quanto tempo o usuário utiliza o serviço da AB, seguida das questões sociodemográficas e das questões pertinentes ao objetivo da pesquisa, sendo elas: Há quanto tempo reside no município? E no bairro? Quais os serviços de saúde que o senhor (a) procura em três passos, quando precisa? Com que frequência e quais os serviços que o senhor (a) busca aqui na unidade de saúde? O senhor (a) já ouviu falar sobre o PMAQ? Conhece a equipe de saúde que trabalha nesta unidade? (se sim, quais? Sabe o nome?) O senhor (a) sabe se ocorrem reuniões dos profissionais com a comunidade? (se sim, o senhor (a) participa?)

Como as pessoas ficam sabendo das atividades que ocorrem na unidade? Como o senhor (a) se sente ao chegar à unidade? Quem o recebe? Quando o senhor (a) vem até a unidade, a sua necessidade é atendida? Como o senhor (a) é atendido pelos profissionais de saúde desta unidade? Como o senhor (a) avalia os serviços desta unidade? (estrutura e profissionais) O senhor (a) percebeu alguma mudança nos serviços prestados por essa unidade? (se sim, a partir de quando? Quais?)¹⁰.

A pergunta referente ao tempo em que o usuário utiliza o serviço exerce o papel de filtro dos participantes, haja vista o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ ter sido implementado no município em 2012. Portanto buscar-se-iam usuários que possam ter vivenciado as possíveis mudanças na AB ocorridas neste período.

Ao término dessa etapa ocorreu a avaliação da oficina por parte dos enfermeiros participantes.

Os resultados da oficina de capacitação são apresentados de forma sequencial, discutindo-se os principais pontos levantados durante a mesma.

Com relação à aplicação da entrevista, percebeu-se que os participantes apresentavam conhecimento e por consequência, facilidade na abordagem e na postura durante sua simulação, decorrentes do processo de formação continuada obtidos durante o exercício profissional. Nesse sentido o estudo de Campos, Santos e Santos (2009)¹¹ traz que a pesquisa na formação do profissional tem a finalidade de contribuir para ampliação do conhecimento, bem como da habilidade de autorreflexão e de gestão e organização no trabalho.

Corroborando com essa observação, Silva (2007)¹² destaca que a pesquisa ocasiona um conhecimento aprofundado, capaz de contribuir para o desenvolvimento e, conseqüente compreensão do mundo em que o aluno se insere. Logo, a pesquisa científica incentiva a capacidade reflexiva por meio de um conhecimento filosófico, ético e estético e o domínio instrumental da investigação¹¹.

Percebeu-se o interesse dos enfermeiros em realizar uma entrevista de qualidade com os usuários de modo que fizeram questionamentos, sanaram dúvidas e realizaram autocorreções durante a simulação. Esse fato demonstra o interesse em adquirir as habilidades necessárias para realizar a coleta com qualidade. O instrumento de coleta de dados é um roteiro que requer um planejamento prévio e habilidade do entrevistador, com possibilidades de introduzir variações, se necessário, durante sua aplicação. Um dos requisitos para aplicar essa técnica é que o entrevistador tenha habilidades para conduzir a mesma¹³. Dentro dessa complementação do autor, justifica-se também a oficina, a qual representou um planejamento precedente a fim de capacitar os entrevistadores, aprimorando suas habilidades.

Com relação às metodologias ativas, utilizadas para conduzir a oficina, buscou-se propiciar um momento de aprendizado e/ou aprimoramento dinâmico, que estimulasse todos os envolvidos à troca de experiências e vivências. Neste sentido, Berbel¹⁴ corrobora dizendo que tais metodologias se baseiam em modos de desenvolver o processo de aprender por meio da utilização de experiências simuladas ou reais, buscando as soluções efetivas para as dificuldades encontradas em diferentes realidades.

Somado a este pensamento, Borges e Alencar¹⁵ trazem que as metodologias ativas desenvolvem o processo do aprender, incentivando a formação crítica, favorecendo a autonomia, despertando a curiosidade e estimulando a tomada de decisão. Dentre metodologias ativas utilizadas está a problematização, utilizada na atividade em questão, que tem como objetivo instigar o aprendiz mediante problemas, motivando-o a examinar, refletir, contextualizar-se e posicionar-se de forma crítica ressinificando suas descobertas¹⁶.

CONCLUSÃO

Por fim, cabe destacar que a experiência da oficina de formação, atualização e nivelamento para a coleta de dados da pesquisa foi produtiva para todos os sujeitos envolvidos, revelando-se em potencial para o aprendizado do grupo de pesquisa. O planejamento, bem como a realização da atividade, para o grupo de pesquisa foi um desafio, o qual o grupo, unido e confiante, conseguiu transpor.

A realização da oficina tranquilizou as enfermeiras colaboradoras, deixando-as mais seguras no que se refere à execução das entrevistas. Ademais, o conhecimento adquirido por elas, deixou-as entusiasmadas e interessadas em prosseguir, isto é, dar continuidade em suas formações, almejando conquistar o seu espaço no universo da pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília, 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da

- Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
3. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saude*, 2011, v.10, n.2, p.248-255.
 4. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; v.17, n.4, p.821-828.
 5. Sancho, LG; 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.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).
 7. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde;2016.
 8. Moreira, DC.; Kowaltowski, DCCK.; Beltramin, RMG. Dinâmicas que ensinam: a metodologia de projeto no ensino de arquitetura. *Gestão e Tecnologia de Projetos*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 55-69, 2016.
 9. Cardoso, FA. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 setout; v.64, n.5, p. 968-73.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 11. Campos, FGG.; Santos, RF.; Santos, FCP. A importância da pesquisa científica na formação profissional dos alunos do curso de educação física do UNILESTEMG. *Movimentum - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - v.4, n.2, ago./dez. 2009.*
 12. Silva, SG. A contribuição da pesquisa no desenvolvimento da aprendizagem da criança nas séries iniciais. INAES, Instituto Natalense de Educação Superior, 2007.

13. Barbosa, EF. Instrumentos de Coletas de dados em pesquisas educacionais. Ser professor universitário. 2008.
14. Berbel, NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.
15. Borges, TS.; Alencar, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em Revista. jul/ago, 2014, v.3, n.4, p. 119-43.
16. Mitre, SM. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2), p. 2133-44, 2008.

ARTIGO 3

TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS TESES E DISSERTAÇÕES¹

¹Artigo formatado segundo normas da “Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMS”, Qualis B2. Artigo submetido, em fase de avaliação pela equipe editorial da revista.

**TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS TESES E DISSERTAÇÕES
SCIENTIFICAL PRODUCTION TRENDS ABOUT PRIMARY HEALTH
CARE ACESMENT IN THESIS AND DISSERTATION
TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTIFICA ACERCA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD EN LA TESIS Y DISERTACIONES**

RESUMO: Objetivo: analisar a tendência das produções científicas brasileiras acerca da avaliação em atenção primária à saúde. **Método:** revisão narrativa com base nas dissertações e teses defendidas nos diferentes programas de pós-graduação e disponibilizadas no banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs, em maio de 2015. **Resultados:** a busca foi realizada utilizando o termo “avaliação em atenção primária à saúde”, obtendo 292 resultados, sendo que destes foram selecionados após análise temática 81 estudos, entre eles teses e dissertações, desenvolvendo-se a categorização com base na semelhança entre os estudos. **Considerações finais:** esta revisão demonstrou que as avaliações em atenção primária à saúde estão centradas na observação de um ou mais atributos essenciais da atenção primária (atenção no primeiro contato, a continuidade ou longitudinalidade, a integralidade e a coordenação) e as produções científicas utilizam-se de instrumentos sistematizados e validados para esta avaliação.

Descritores: Avaliação em saúde; Avaliação de serviços de saúde; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Aim: to analyze the trend of Brazilian scientific production on assessment in primary health care. **Method:** narrative research based on dissertations and theses in different postgraduate programs and made available on the bank of theses and dissertations portal of Personnel Improvement Coordination of Superior Level CAPES, in May 2015. **Results:** the search was conducted using the keywords "assessment in primary health care", obtaining 292 results, and these were selected after thematic analysis, 81 studies, developing the categorization based on the similarity between the studies. **Final Remarks:** the present study showed that assessments in primary health care are focused on the observation of one or more key attributes of primary care (attention at first contact, continuity or longitudinality, completeness and coordination), and scientific productions, at most, they are used systematized and validated tools for this evaluation.

Descriptors: Health evaluation; Health services evaluation; Primary health care.

RESUMEN: *Objetivo:* analizar la evolución de la producción científica nacional sobre la evaluación en la atención primaria de salud. *Método:* revisión narrativa de disertaciones y tesis en diferentes programas de postgrado y puesto a disposición en la orilla del portal de tesis y disertaciones de Personal de Nivel Superior de Coordinación de Mejora-CAPES mayo de 2015. *Resultados:* se inició la búsqueda de realizaciones utilizando el término "evaluación en la atención primaria de salud", obteniendo 292 resultados, y estos fueron seleccionados después un análisis temático, 81 estudios, el desarrollo de la categorización basada en la similitud entre los estudios. *Consideraciones Finales:* esta revisión mostró que las evaluaciones en la atención primaria de salud se centran en la observación de uno o más atributos clave de la atención primaria y las producciones científicas utilizan- se sistematiza y de medios para esta evaluación.

Descriptor: *Evaluación en salud; Evaluación de servicios de salud; Atención primaria de salud.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, foram estabelecidos os princípios constitucionais norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, prevendo em suas ações: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social; buscando assegurar ao cidadão, o direito à saúde.¹

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser reconhecida como o primeiro contato com o sistema e a porta de entrada aos cuidados em saúde, coordenando e direcionando a atenção à saúde da população². Sob esta ótica, observa-se um avanço na implementação dos programas e políticas públicas no país, tornando-se relevante a avaliação em APS como importante ferramenta na consolidação do SUS.²

Nessa perspectiva, justifica-se este estudo a partir do progresso nas produções e trabalhos que buscam, sob diferentes enfoques e metodologias, avaliar a APS em seus diversos aspectos e atributos, favorecendo uma real análise da problemática, principalmente no que diz respeito ao acesso, qualidade e resolutividade das ações.³

A partir dessas considerações, despertou o interesse em conhecer o que está sendo publicado sobre essa temática, ou seja, a tendência da produção científica. Nesse sentido, considera-se pertinente inserir a seguinte questão norteadora: “Qual a tendência das produções científicas na avaliação em APS”? O estudo tem como objetivo, analisar a tendência das produções científicas brasileiras acerca da avaliação em APS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, incluindo teses e dissertações nacionais. A revisão narrativa possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema, sendo adequada para descrever e analisar o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista contextual e teórico.⁴

A busca dos dados foi realizada em maio de 2015, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), buscando-se “avaliação em atenção primária à saúde” em todos os campos, resultando em 292 registros. Foram incluídas as teses e dissertações sobre a temática da avaliação em APS, independentemente da linha de pesquisa ou área de conhecimento, sem recorte temporal. Foram excluídos os estudos com resumo incompleto ou não disponível no banco de dados. Todas as informações obtidas foram extraídas dos resumos das teses e dissertações disponíveis no banco. A seleção dos estudos foi efetuada por meio da leitura dos resumos dentre os quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 81 documentos. Foram analisadas as seguintes variáveis: distribuição demográfica dos estudos, tipo de produção (teses ou dissertações), procedência das produções (instituições de ensino onde foram desenvolvidas as pesquisas) e delineamento metodológico. Além disso, os estudos foram agrupados em categorias temáticas, conforme as principais características apresentadas. A análise dos dados foi realizada qualitativamente, por meio da análise dos temas⁵ perfazendo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os 81 documentos selecionados, identificou-se que em sua maioria 71,6% (58 documentos) referiam-se a dissertações de mestrados acadêmicos, seguidos por 19,7% (16 documentos) de dissertações de mestrado profissional, finalizando com 8,6% (7 documentos) representando teses de doutorado.

Analisando a distribuição demográfica dos documentos selecionados, observou-se que a região brasileira com a maior produção foi a Sudeste com 43,2% (35 documentos), seguida pelas regiões, Sul 28,3% (23 documentos), Nordeste 20,9% (17 documentos), Centro-Oeste 6,1% (5 documentos) e Norte com 1,2% (1 documento). Os dados relativos à procedência das produções científicas refletem a distribuição dos programas de pós-graduação no Brasil, que conforme documento de área (avaliação trienal/2013) da CAPES, segue a seguinte

conformação: Região Norte: 2,3%, Região Centro-Oeste: 9,0%, Região Sul: 19,1%, Nordeste: 20,2%; e Região Sudeste com 49,4% dos programas de pós-graduação.

No que tange as instituições de ensino onde foram desenvolvidas as pesquisas, foram identificadas 37 universidades, destacando-se as Universidades de São Paulo/Ribeirão Preto-USP e do Rio Grande do Sul-UFRGS, ambas com 11 documentos selecionados, correspondendo juntas a 27% das produções selecionadas.

Com relação à abordagem das dissertações e teses selecionadas, contatou-se a prevalência da abordagem “quantitativa” com 65,4% (53 documentos), seguido pela “qualitativa” que representou 27,1% (22 documentos) dos trabalhos e ainda observou-se a utilização associada das abordagens quali-quantitativa na porcentagem de 7,4% (6 documentos).

Para favorecer uma ampla análise dos documentos selecionados, os mesmos foram classificados em “categorias temáticas”, tendo como ponto de partida os atributos essenciais da atenção primária à saúde,⁶ sendo estabelecido também uma categoria para validação, testagem e comparação de instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde, uma vez que observou-se um número significativos de pesquisa desenvolvidas nesta temática.

Com relação aos trabalhos categorizados na temática contato/acessibilidade (atributo I) com 12 documentos correspondendo a 14,8%, incluíram-se as dissertações e teses que contemplaram a avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, bem como o contato e a utilização destes, procurando identificar o grau de satisfação dos usuários, a identificação do serviço como porta de entrada do sistema e as resultantes da relação usuários, demanda, profissionais, serviços de saúde. As pesquisas buscaram descrever, analisar, avaliar a problemática do acesso e do contato da população com os serviços de saúde como forma de avaliação da atenção primária à saúde, em diversas regiões do país, segundo variáveis como aspectos sociais, demográficos, estruturais entre outros, utilizando diferentes métodos e abordagens na busca dos resultados, que não só favorecem uma real análise sobre a questão como também servem de subsídios para o desenvolvimento das políticas públicas para o setor.⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰ Dentre os achados mais significativos trazidos nas pesquisas está o acesso aos serviços de saúde, que embora tenha sido ampliado significativamente através do aumento da cobertura dos programas estruturantes como a Estratégia de Saúde da Família, observa-se a precarização do acesso onde este serviço não está presente.^{11-12-13,25}

A caracterização das principais produções selecionadas segundo ano de publicação, objetivo e conclusões encontra-se no Quadro 1. As pesquisas que buscaram avaliar o atributo da longitudinalidade como pressuposto para avaliação em atenção primária à saúde, 05

documentos correspondendo a 6,1%, preocuparam-se em analisar de forma abrangente a referida temática. Um dos aspectos que se evidenciou nos trabalhos foi a avaliação do vínculo entre usuários e profissionais em seus múltiplos aspectos como indicador de qualidade da assistência prestada. Longitudinalidade implica construção e fortalecimento de vínculos, no estabelecimento de uma fonte regular de atenção e disponibilização desta ao longo do tempo independente da presença ou não de agravo a saúde. Neste aspecto observou-se uma avaliação positiva demonstrando a existência de vínculos adequados entre as equipes de saúde e a população referenciada.^{14-15,19-20}

Quadro-I: Ficha de seleção das unidades de análise.

Autores	Ano	Objetivo do estudo	Principais conclusões
Abud SM. ⁷	2012	Analisar o preenchimento da Caderneta de Saúde de crianças menores de um ano no município de Cuiabá/MT no ano de 2011.	Precariedade dos registros e a pouca valorização de informações em relação aos dados de gravidez, parto, puerpério e nascimento.
Albuquerque LC. ⁸	2012	Conhecer a opinião dos usuários cobertos e não cobertos pela ESF sobre acesso aos serviços de saúde.	A falta de médicos configura o principal obstáculo ao acesso aos serviços de saúde no município.
Andrade RLP. ⁹	2012	Avaliar os serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto, 2009.	Falhas na provisão de recursos materiais, gestão de recursos humanos, falta de responsabilização da equipe pela população da área de abrangência, baixa resolutividade.
Anversa ETR. ¹⁰	2011	Avaliar o processo da atenção pré-natal em um município da Região Central do Estado do RS, verificando se há diferença na qualidade do pré-natal entre os dois modelos de atenção.	Necessidade de investir na sensibilização e educação permanente, implementar protocolo de assistência à gestante, exames e procedimentos e ações de promoção à saúde.
Becker MEL. ¹²	2011	Avaliar a qualidade da assistência pré-natal nas unidades saúde da família-USF vinculadas a um órgão formador, a fim de identificar fatores do contexto externo, de processo e do contexto político organizacional das USF.	As “falhas de desempenho” transcende seu local de ocorrência, conferindo maior relevância. É preciso atingir qualidade, a partir: da definição de prioridades pelos riscos à saúde; da busca ativa de faltosas; da realização de ações de mobilização social e educação permanente

Braz JC. ¹³	2012	Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS e o grau de afiliação do usuário na ESF, a partir da ótica dos cuidadores com a assistência prestada a crianças menores de um ano de idade.	Apesar da ESF ser um cenário preferencial para as ações de promoção e prevenção à saúde e se constituir como porta de entrada para os serviços, não tem alcançado uma assistência à criança com ênfase no cuidado integral.
Campos AC. ¹⁴	2011	Analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto - SP sob a perspectiva da responsividade.	Os aspectos da responsividade contribuem na avaliação do cuidado prestado na Saúde da Família possibilitando um planejamento mais adequado e próximo às necessidades dos usuários.
Carrapato JFL. ¹⁶	2011	Investigar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde em relação à qualidade das ações na AB e identificar as principais diferenças entre as percepções dos profissionais conforme sua inserção de trabalho em USF ou UBS com PACS.	Identificou-se núcleos de qualidade no processo de trabalho, trabalho desenvolvido com a intencionalidade de realizar acolhimento, interação entre os profissionais, gerente e usuários, com uma equipe que compartilha seu conhecimento da realidade social e com o desenvolvimento de trabalho em equipe.
Chain APN. ¹⁸	2011	Aferir a autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e sua correlação com características das ESF e do município.	Os escores menores de conformidade foram para as subdimensões Gestão do Trabalho, Gestão da Educação Permanente, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.
Cirino ID. ¹⁹	2011	Analisar a efetividade das ações das equipes de saúde no controle da tuberculose no município de Natal-RN, sob a visão do doente.	Necessidade de maior compromisso dos agentes governamentais para com incentivos obrigatórios ao controle da TB e na disponibilização dos insumos necessários e capacitação dos profissionais.
Curvo PA. ²⁰	2011	Avaliar a satisfação e a insatisfação manifestadas por usuários de unidades da rede de ABS do município de Ribeirão Preto-SP, com relação à assistência prestada e ações desenvolvidas, na perspectiva da integralidade.	A integralidade comportou a dimensão da relação entre os trabalhadores e usuários, a subjetividade produzida nos diversos espaços dos serviços de saúde e os aspectos relacionados à responsabilidade do serviço frente às necessidades.

Davila RP. ²¹	2011	Avaliar a qualidade da Atenção Básica no município de Bauru, de 2005 a 2008 com foco na gerência e organização das ações de atenção à saúde.	Quanto à estrutura: dificuldades na área física, equipamentos e falta de pessoal, os avanços foram em relação à aquisição de medicamentos, ampliação da coleta de exames clínico-laboratoriais. Na dimensão assistência: evolução na atenção programática para adultos, crianças e gestantes.
Ditterich RG. ²²	2011	Descrever e discutir a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, sobre o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromisso e o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) como ferramentas na gestão e organização da APS.	A contratualização foi considerada importante, sendo útil para a identificação e solução de problemas, para o estabelecimento de prioridades e de compromissos mútuos entre os profissionais, os gestores e a população.
Feitosa MB. ²⁴	2011	Descrever e avaliar a utilização e o acesso aos serviços de saúde materno-infantil nos grupos do ciclo gravídico-puerperal (pré-natal, parto e puericultura), investigar as possíveis associações com as condições de vida e verificar a distribuição geográfica na área de estudo.	O acesso aos serviços foi influenciado pelas dimensões: disponibilidade e acessibilidade financeira. Os fatores associados reforçam que os fatores socioeconômicos e demográficos são determinantes do acesso.
Felfili EMC. ²⁵	2012	Discutir condições para configuração de uma rede de atenção à saúde da gestante, no contexto demográfico, socioepidemiológico e da capacidade instalada na região da Baixada Cuiabana.	Na região opera um sistema regionalizado, porém desarticulado, que não tem a APS como sua ordenadora.

Quadro 1 . Características dos principais estudos selecionados na revisão narrativa segundo ano de publicação, objetivo e principais conclusões. Brasil, 2016.

Outros achados que relacionam à integralidade da assistência como eixo para avaliação em atenção primária à saúde, 13 documentos correspondendo a 16,04%, sendo esta uma das categorias temáticas que registram um dos maiores números de pesquisas relacionadas. Desta maneira, avaliar a atenção primária à saúde tangenciando a integralidade, possibilitou aos pesquisadores desenvolver as pesquisas sobre múltiplos aspectos, em realidades distintas, sendo a mais recorrente a atenção integral à saúde, compreendendo as ações de promoção, prevenção e garantia de atendimento em todos os níveis de atenção. Os resultados das pesquisas mostram que existe um grande desafio na consolidação desse atributo, uma vez que em diversos estudos,

fica claro através de escores ou indicadores, a necessidade de qualificá-lo, principalmente no que se refere continuidade das ações e garantia de atendimento nos três níveis de atenção à saúde.^{20-21,25}

O maior número de pesquisas voltou-se para o atributo coordenação como percurso para a avaliação da atenção primária à saúde, 27 documentos compuseram essa temática, perfazendo 33.3% do total selecionado. A presença maciça nos trabalhos evidencia não só o interesse em explorar a temática, mas o reconhecimento do atributo como campo importante para análise, conhecimento e intervenção na busca de qualificar a APS. A coordenação deve objetivar a oferta de serviços e informações que respondam positivamente as necessidades da população por meio da construção de uma rede de atendimento e atenção à saúde, tal tarefa demonstra-se fundamental para a garantia de direitos e consolidação do SUS. Concernente a isto, os trabalhos revelam que onde está presente em nível satisfatório, a coordenação ou articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, os resultados, escores ou indicadores obtidos são positivos, bem como onde mostra-se falho, precário ou inexistente, refletem negativamente não só nos resultados pesquisados, mas também nos indicadores gerais de saúde da população.^{16-17-18,21}

Merece destaque também as pesquisas voltadas para o desenvolvimento, validação, testagem e comparação de instrumentos voltados para a avaliação da atenção primária à saúde. Apesar dos avanços, a atenção primária no Brasil ainda possui desafios para sua consolidação, justificando o esforço de diversas pesquisas em busca de avançar no desenvolvimento de instrumentos de avaliação, que possibilitem balizar as mudanças necessárias na consolidação do SUS.

Destacam-se os estudos realizados sobre o *Primary Care Assessment Tool-PcaTool* e a Avaliação para Melhoria do acesso e da qualidade da Estratégia de Saúde da Família-AMAQ.²²⁻²³⁻²⁶ Ressalta-se ainda que dos 81 estudos selecionados e analisados, 21 utilizaram como ferramenta de coleta e sistematização de dados o *PcaTool* e 02 trabalhos efetuaram as avaliações tendo como base para estratificação dos dados o AMAQ. Um estudo ainda visou analisar o grau de concordância entre o *PcaTool* e o AMAQ, concluindo que os instrumentos não são concordantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se entre outros aspectos, o predomínio do delineamento quantitativo, a larga utilização de ferramentas específicas para busca das informações na área de avaliação em atenção primária à saúde (*PcaTool*, *AMAQ*), pautando as pesquisas nos atributos essenciais da atenção primária. Dessa forma, conclui-se pertinente investir em estudos voltados para um delineamento qualitativo, bem como na busca de dados subjetivos, procurando ampliar o espectro da avaliação, contribuindo para a construção do conhecimento científico, disponibilizando informações, que favoreçam a tomada de decisões de gestores, profissionais e órgãos consultivos, objetivando a melhoria da qualidade de vida e a construção de um sistema de saúde que atenda as expectativas da população.

Ademais, considera-se como limitação do estudo o fato de serem incluídos apenas os artigos disponíveis gratuitamente via internet e a busca ter sido desenvolvida em apenas um banco de dados, tendo em vista que algum trabalho importante pode não ter sido considerado. Sugere-se, assim, que novas investigações sobre tendências sejam realizadas no âmbito da avaliação em APS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Rother ET. Revisão narrativa x revisão sistemática. *Acta paul enferm.* [internet] 2007 abr-jun [acesso em 2016 out 16]; 20(2):[02 páginas].
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

7. Abud SM. Análise do preenchimento da caderneta de saúde de crianças atendidas pelas equipes de saúde da família do município de Cuiabá-MT [dissertação]. Mato Grosso: Universidade Federal de Mato Grosso; 2012.107p.
8. Albuquerque LC. Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: O que pensam os usuários? [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de pesquisa Aggeu Magalhães/fiocruz; 2012. 89 p.
9. Andrade RLP. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: Avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012. 85 p.
10. Anversa ETR. Avaliação da assistência pré-natal realizada nas unidades de Santa Maria/RS. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 120p.
11. Balderrama P. Avaliação da estrutura dos serviços de saúde da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2012. 104 p.
12. Becker MEL. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco - Acre. [dissertação]. Acre: Fundação Oswaldo cruz; 2011. 86 p.
13. Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na estratégia saúde da família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto; 2012. 83 p.
14. Campos AC. Satisfação do usuário na saúde da família sob a perspectiva da responsividade. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto; 2011. 145 p.
15. Canals AA. Satisfação conjugal em indivíduos atendidos em um serviço de atenção primária à saúde de um setor da cidade de porto alegre: Sua associação com sintomas do transtorno do humor. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011. 72 p.
16. Carrapato JFL. Qualidade e organização do processo de trabalho na atenção básica: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde. [dissertação]. São Paulo: Universidade do Estado Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu; 2011. 123 p.
17. Castro GB. "Estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro". [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. 113 p.
18. Chain APN. Qualidade da estratégia saúde da família nos municípios da macrorregião nordeste de Minas Gerais no âmbito da gestão dos serviços de saúde. [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Estadual de Montes Claros; 2011. 99 p.
19. Cirino ID. A efetividade das ações das equipes de saúde da atenção primária no controle da tuberculose: A visão do doente. [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011. 156 p.

20. Curvo PA. Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto; 2011. 153 p.
21. Davila RP. Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: Desafios para um processo de mudança. [dissertação]. São Paulo: Universidade Est. Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu; 2011. 163 p.
22. Ditterich RG. A Contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: Avanços, dificuldades e desafios. [tese]. Paraná: Pontifícia Universidade Católica Do Paraná; 2011. 162 p.
23. Dutra SVO. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família no município de Parnamirim/RN: Opinião dos profissionais, dos portadores de transtornos mentais e seus acompanhantes. [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012. 162 p.
24. Feitosa MB. O acesso e a utilização dos serviços de saúde materno-infantis no município de juiz de fora. [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011. 105 p.
25. Felfili EMC. Construindo redes de atenção à saúde à gestante na região Baixada Cuiabana-MT: Caso da chapada dos Guimarães. [dissertação]. Mato Grosso: Universidade Federal de Mato Grosso; 2012. 102 p.
26. Fernandes CA. Óbitos de crianças menores de um ano e qualidade da atenção primária em saúde: Pesquisando municípios da 15ª regional de saúde do Paraná. [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual de Maringá; 2011. 80 p.

ARTIGO 4

AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO¹

¹Artigo formatado segundo normas da “Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMS”, Qualis B2. Artigo em fase de revisão, para ser posteriormente submetido à revista.

AValiação em Atenção Primária à Saúde: Revisão Narrativa da Produção de Conhecimento

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE: NARRATIVE KNOWLEDGE PRODUCTION REVIEW

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NARRATIVA CONOCIMIENTO REVISIÓN PRODUCCIÓN

Resumo: Este estudo objetivou conhecer a produção científica sobre a temática “avaliação em atenção primária à saúde”. Tendo como pergunta de pesquisa: O que tem sido produzido na avaliação em atenção primária à saúde? O estudo de revisão narrativa buscou identificar as diferentes perspectivas da produção científica, a partir da busca na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os descritores “avaliação” and “atenção primária à saúde”, obtendo-se como resultado, setenta e nove (79) estudos. Destes, foram selecionados seis (06) trabalhos que compuseram o “corpus” da revisão, sendo estes submetidos à análise temática e permitindo a categorização dos estudos, bem como, a discussão de seus resultados. Conclui-se que existe a necessidade de inserir no contexto da atenção primária à saúde, uma cultura de processos de avaliação permanentes, uma vez que estes podem ser determinantes na toma de decisões das equipes, profissionais e gestores. Também evidencia-se que um dos desafios na busca de consolidar a avaliação como ferramenta importante de trabalho e gestão da atenção primária à saúde são a construção de instrumentos de avaliação, os quais sejam capazes de responder às questões e aspectos que envolvem a atenção primária.

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

Abstract: This study aimed to know the scientific literature on the theme "assessment in primary health care." With the research question: What has been produced in the evaluation of primary health care? The study of narrative review seek to identify the different perspectives of scientific production from the search in LACHS (LILACS) (Latin American and Caribbean Health Sciences) database, using the key words "review" and "primary health care", obtaining as a result, seventy-nine (79) documents, selected six of (06) works that made up the "corpus" of this study, these submitted to thematic analysis enabling the categorization of studies as well as a discussion of their results. We conclude that there is a need to insert in the context of primary health care, a culture of permanent evaluation processes, as these can be decisive in decision making teams, professionals and managers, as well as evidence that a the challenges in seeking to consolidate the assessment as an important tool of work and management of primary health care are the construction of assessment instruments that are able to respond to various issues and aspects involving primary care.

Keywords: Health Evaluation. Primary Health Care. Health Management.

Résumen: Este estudio tuvo como objetivo conocer la literatura científica sobre el tema "La evaluación en la atención primaria de la salud." Con la pregunta de investigación: ¿Qué se ha producido en la evaluación de la atención primaria de salud? El estudio de la revisión narrativa trató de identificar las diferentes perspectivas de la producción científica de la búsqueda en la base de datos LILACS (de América Latina y del Caribe en Ciencias de la Salud), utilizando las palabras clave "revisión" y "atención primaria de salud", obteniendo como resultado, setenta y nueve (79) documentos, seleccionaron seis de (06) obras que componían el "corpus" de este estudio, que se someterá a análisis temático que permite la categorización de los estudios, así como una discusión de su resultados. Llegamos a la conclusión de que hay una necesidad de insertar en el contexto de la atención primaria de la salud, la cultura de los procesos de evaluación permanentes, ya que pueden ser decisivos en la toma de decisiones equipos, profesionales y directivos, así como pruebas de que un los desafíos en la búsqueda de consolidar la evaluación como una herramienta importante de trabajo y la gestión de la atención primaria de salud son la construcción de instrumentos de evaluación que son capaces de responder a diversas cuestiones y aspectos relacionados con la atención primaria.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud.

INTRODUÇÃO

A partir da institucionalização do direito à saúde a todos os cidadãos, advindo da promulgação da Constituição Federal em 1988¹, a qual estabelece os princípios constitucionais norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), fora necessário diversas ações, estratégias e programas - traduzidos em políticas públicas - no intuito de operacionalizar, garantir e qualificar o acesso ao sistema de saúde brasileiro. Os princípios do SUS compreendem a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social; os quais podem ser traduzidos em termos constitucionais, como um compromisso assumido pelo estado com o cidadão, na busca de consolidar um sistema público universal, equânime e, sobretudo, que atenda às necessidades e expectativas da população.¹⁻²

Nesse sentido, Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o primeiro contato⁸ dos usuários com o sistema e a porta de entrada aos cuidados em saúde, coordenando e direcionando as ações de saúde no âmbito da APS. A partir do exposto, o crescente avanço na implementação dos programas e políticas públicas e, conseqüentemente, o aumento dos investimentos na APS, corroboram para a relevância da temática da avaliação em saúde, reconhecida como importante ferramenta na consolidação do SUS.⁴ A institucionalização da avaliação em saúde requer comprometimento por parte dos profissionais da saúde, buscando a consolidação da qualificação das práticas orientadas pelos princípios norteadores do sistema de saúde, possibilitando a organização de um modelo de APS com maior resutibilidade².

Tendo por base as considerações feitas, quanto à importância e consolidação da APS como modelo de atenção à saúde, bem como, o aumento significativo da cobertura dos principais programas estruturantes, observa-se um crescimento nas produções e trabalhos que buscam sob diferentes enfoques e metodologias, avaliar a APS em seus diversos aspectos e atributos. Estes estudos favorecem uma real análise da problemática, principalmente no que diz respeito ao acesso, qualidade e resutibilidade das ações.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo conhecer a produção científica acerca da temática da avaliação em Atenção Primária à Saúde e como questão norteadora: o que tem sido produzido sobre avaliação em Atenção Primária à Saúde?

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura ordenados a partir de artigos científicos que abordam a temática “avaliação em atenção primária à saúde”, sendo que para a realização do mesmo optou-se metodologicamente pela construção de uma revisão narrativa.

Sendo assim, a revisão da literatura narrativa quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção.³ Além disso, a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente, assim como, a seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva³.

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se os descritores: “Avaliação” e “Atenção primária à saúde”, obtendo como resultado setenta e nove trabalhos (79), os quais foram submetidos a avaliação, sendo estabelecidos como critérios de inclusão, artigos na íntegra, publicados nos idiomas português e inglês ou espanhol, que abordam a temática avaliação em atenção primária à saúde.

Excluíram-se os resultados da busca correspondentes a teses, dissertações, manuais e/ou guias práticos selecionados na busca automática em base de dados através dos descritores mencionados. Para facilitar a sistematização e seleção dos trabalhos utilizou-se um quadro (Quadro 1), contendo as seguintes informações: Ordem sequencial dos trabalhos de acordo com os resultados da busca (ORD), identificação numérica atribuída ao trabalho na base de dados (ID), base de dados utilizada (BASE), referência utilizando o título do trabalho (REFERÊNCIA), critérios pré-determinados de exclusão: não é artigo (NA), não tem resumo

(NR), não está publicado nos idiomas estipulados (NID), não corresponde a uma pesquisa (NP), não pertence a temática abordada (NT), ou ainda não responde a questão de pesquisa (NQ).

Após esta análise, seis (6) documentos compuseram o “corpus” do trabalho, sendo utilizado para organização dos dados, um quadro sinóptico (Quadro 2), contendo as seguintes informações: Identificação do artigo no Corpus; Título do artigo; Local de publicação, ano da publicação, palavra ou palavras chave, delineamento e ainda categoria temática. Não fora estabelecido recorte temporal, sendo as buscas em base de dados realizada em junho de 2015.

Após a fase de seleção dos artigos, os trabalhos selecionados foram submetidos a análise temática proposta por Minayo⁵, perfazendo as três etapas (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados). Para a categorização dos estudos, os mesmos foram classificados em categorias temáticas, tendo como referencial teórico os atributos essenciais da atenção primária à saúde segundo Starfield⁸ sendo definido por ela como: “primeiro contato”, “continuidade ou longitudinalidade”, “integralidade” e “coordenação”.

Os estudos podem situar-se em uma ou mais categorias dependendo do espectro de sua abordagem avaliativa. Além das categorias relacionadas aos atributos da atenção básica, também foi acrescentado uma categoria referente à validação, testagem e comparação de instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde, tendo em vista que estes contribuem para a construção do conhecimento sobre avaliação em APS, sendo tema recorrente de pesquisas dentro da temática.

Para ilustrarmos a metodologia descrita acima para a seleção dos documentos apresentamos sequencialmente os quadros 1 e 2, conforme segue:

Quadro 1: Ficha de seleção das unidades de análise.

Ord	ID.	Base	Referência	N A	NR	Nid	N P	NT	N Q
1	695518	LILACS	Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa, PB: contexto, desafios e perspectivas.	X					
2	695314	LILACS	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária em uma metrópole brasileira.						X
3	684193	LILACS	Quem participa em quê?: experiências de construção compartilhada no âmbito da cooperação Brasil - Canadá para o aperfeiçoamento da gestão na Atenção Primária à Saúde.					X	
4	681355	LILACS	Avaliação da qualidade da assistência a usuários coinfectados por tuberculose / HIV em duas unidades de saúde da família do município de Boa Vista, Roraima.	X					
5	657996	LILACS	Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose.						
6	654111	LILACS	Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008.					X	
7	651281	LILACS	Evaluación de las necesidades de información: guía del usuario	x					
8	651273	LILACS	Evaluación de la calidad del servicio: guía del facilitador.	X					
9	651272	LILACS	Evaluación de la calidad del servicio: guía del usuario.	X					
10	651271	LILACS	Evaluación de la calidad de la gestión: guía de facilitador.	X					
11	651270	LILACS	Evaluación de la calidad de la gestión: guía del usuario.	X					
12	651268	LILACS	Análisis de sostenibilidad: guía del facilitador.	x					
13	604774	LILACS	Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos.						
14	554067	LILACS	Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS.	X					
15	526657	LILACS	Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil.	X					
16	522034	LILACS	Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência.						
17	518263	LILACS	Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica: 2005.						
18	516494	LILACS	Evaluación de los pacientes con dolor torácico.					X	
19	507127	LILACS	Construção de um instrumento para avaliação de satisfação da atenção básica nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro.						
20	494764	LILACS	Conocimientos y prácticas de las madres de niños y niñas menores de 2 años, Silais Estela, Madriz, Nueva Segovia, León, Chinandega, Boaco, Matagalpa y Managua, área rural: informe final de la investigación de la evaluación de impacto.						X
21	488602	LILACS	Sistema de evaluación y monitoreo de la atención primaria.	X					
22	478241	LILACS	Avaliação das repercussões da expansão da atenção básica em municípios em gestão plena do sistema do Estado de São Paulo.	X					
23	453076	LILACS	Monitoramento e avaliação da Atenção Básica em Saúde no Município de Matelândia, Paraná.		X				
24	444506	LILACS	La evaluación del profesor en la Atención Primaria de Salud en Matanzas.					X	
25	425983	LILACS	Diseño básico del modelo de gestión en atención primaria en salud.	x					
26	425359	LILACS	Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana.	x					
27	422156	LILACS	Avaliação do plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil.	X					

28	420042	LILACS	Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva.		X
29	415952	LILACS	Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário.		
30	412691	LILACS	Enfoque crítico de la asignatura introducción a la sanología(MGI-I) / Critical approach to the introduction to sanalogy subject (MGI-I).		X
31	409146	LILACS	Guía de normas y procedimientos para la elaboración, presentación y defensa del proyecto de grado.	X	
32	403975	LILACS	Gestión y evaluación de la calidad en la Reforma de la Atención Primaria de Salud.	X	
33	375917	LILACS	Health surveillance and evaluation applied to primary health care.		X
34	373136	LILACS	Reunión de Lideres de Proyectos de Atención Primaria de Salud Maternoinfantil.	X	
35	370839	LILACS	Proyecto de desarrollo de los servicios de salud de la Region Autonoma Atlantico Norte.		X
36	367023	LILACS	Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria.		X
37	361446	LILACS	Convenio de gestion 2001: Centro de Salud de Juigalpa Silais Chontales.	X	
38	361445	LILACS	Convenio de gestion 2001: Centro de Salud de Ocotal Silais Nueva Segovia.	X	
39	361430	LILACS	Convenio de gestion 2001: centro de salud de San Carlos SILAIS Rio San Juan.	X	
40	320439	LILACS	Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde.		X
41	311823	LILACS	Silografía: una guía para la educación y la participación de la comunidad en los sistemas locales de salud.	X	
42	299531	LILACS	Prevención y control del parasitismo intestinal en la atención primaria de salud.		X
43	289573	LILACS	Declaración del alma ATA: a cinco años de la meta.		X
44	275195	LILACS	Cooperación servicios de salud-ONG 1990-1993.		X
45	275184	LILACS	Políticas de salud y organismos no gubernamentales en Chile: balance de gestión 1990-1993.		X
46	264608	LILACS	Análisis de sostenibilidad: guía de facilitador (Módulo 9.		X
47	264604	LILACS	Evaluación de la calidad de la gestión: guía del usuario (Módulo 7).		X
48	264603	LILACS	Evaluación de la calidad de la gestión: guía de facilitador (Módulo 7.		X
49	264602	LILACS	Evaluación de la calidad del servicio: guía del usuario (Módulo 6).		X
50	264601	LILACS	Evaluación de la calidad del servicio: guía de facilitador (Módulo 6).		X
51	264593	LILACS	Evaluación de las necesidades de información: guía del usuario (Módulo 1).		X
52	264592	LILACS	Evaluación de las necesidades de información: guía del facilitador (Módulo 1)		X
53	222994	LILACS	Consulta de evaluación de afecciones mamarias al nivel primario. Resultados.		X
54	199057	LILACS	Silografía: una guía para la educación y la participación de la comunidad en los sistemas locales de salud.		X
55	179607	LILACS	Plan conjunto de acciones de salud cívico navales frontera colombo-peruana. 1993.		X
56	177619	LILACS	Resumen de informe ejecutivo Proyecto Sur		X
57	160324	LILACS	Relato de uma experiência em atenção primária à saúde: o posto de saúde da AMABB.		X
58	160131	LILACS	O profissional médico no programa de atenção primária à saúde de Campinas.		X
59	131147	LILACS	Cooperación de Servicios de Salud-ONG 1990-1993: evaluación de proyectos (Concurso 1991-PMI/AID).		X
60	130829	LILACS	Programa de mejoramiento inmediato de la atención primaria de salud en Chile: recuento y evaluación de la contribución de USAID.		X
61	114757	LILACS	Avaliação do planejamento de saúde na cidade de Manaus no período de 1976 a 1988	X	

62	78970	LILACS	Ação participativa: capacitação de pessoal: anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte.		X
63	78968	LILACS	Conhecimento e debate das experiências		X
64	76134	LILACS	Serviços básicos de saúde: Pernambuco e Rio Grande do Norte	X	
65	76107	LILACS	Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale da Ribeira.		X
66	64958	LILACS	Instrumentación para evaluar el proceso de aplicación de la estrategia de atención primaria en servicios de salud periféricos y comunidad.	X	
67	62417	LILACS	Documento descritivo sobre desenvolvimento das ações prioritárias e situação da rede de serviços da secretaria de saúde do estado do Para.		X
68	62409	LILAC S	Relatório de atividade – 1983.		X
69	62405	LILAC S	Diretrizes básicas para o apoio do desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde.		X
70	62382	LILAC S	Programa "ações integradas de saúde" no estado de Santa Catarina: 1983 – 1987		X
71	62379	LILAC S	Programa de ações integradas de saúde: documento apresentado a discussão da CIPLAN - 26/07/83.		X
72	62378	LILAC S	Documento descritivo sobre desenvolvimento das ações prioritárias e situação da rede de serviços da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas.		X
73	62376	LILAC S	Documento descritivo sobre a situação da rede de serviços básicos de saúde e desenvolvimento das ações prioritárias da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina		X
74	62375	LILAC S	Documento descritivo sobre a situação da rede de serviços e do desenvolvimento das ações prioritárias da SES de Mato Grosso		X
75	62372	LILAC S	Documento descritivo sobre desenvolvimento das ações prioritárias e situação da rede de serviços da Secretaria de Saúde do Estado do Acre.		X
76	62371	LILAC S	Documento descritivo sobre o desenvolvimento das ações prioritárias e situação da rede de serviços da Secretaria de Saúde do território Federal do Amapá.		X
77	62370	LILAC S	Documento descritivo sobre desenvolvimento das ações prioritárias e situação da rede de serviços da Secretaria de Saúde do território Federal de Roraima.		X
78	62369	LILAC S	Documento descritivo sobre a situação da rede de serviços básicos de saúde e desenvolvimento das ações prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde e Bem Estar Social do Paraná.		X
79	46047	LILAC S	Análisis de rendimiento y cobertura de la unidad de medicina familiar del I.V.S.S. de Caricua		X

Quadro 2: Síntese dos artigos que compuseram o corpus do estudo.

ID/ Corpus	Título	Local de publicação	Ano de publ	Palavras Chave	Delineamento	Categoria Temática-(atributo)
A1	Atuação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Controle da Tuberculose.	Acta Paulista de Enfermagem	2012	Atenção Primária à saúde; avaliação; serviços de saúde; saúde da família; tuberculose/prevenção e controle.	Quantitativo	Integralidade
A2	Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: Retrospectiva de 10 Anos.	Saúde e Sociedade, São Paulo	2011	Atenção primária à saúde; avaliação; Sistema único de Saúde; indicadores de saúde	Quantitativo	Acesso/Primeiro contato Integralidade Longitudinalidade Coordenação
A3	Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: Características da organização da Assistência.	Saúde e Sociedade, São Paulo	2009	Atenção primária à saúde; avaliação; Qualidade de serviços de saúde.	Quantitativo	Coordenação
A4	Desempenho de Municípios Paraibanos Segundo Avaliação de Características da Organização da Atenção Básica-2005	Epidemiol. Serv.Saúde, Brasília	2009	Atenção Básica; Avaliação; Saúde da Família.	Qualitativo	Coordenação
A5	Construção de Um Instrumento Para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.	Revista Brasileira de Educação Médica.	2008	Atenção Primária; Satisfação; Qualidade de Atendimento;	Quantitativo	Validação/testagem de instrumento de avaliação.

A6	Avaliação dos Resultados da Atenção Multiprofissional Sobre Controle Glicêmico, Perfil Lipídico e Estado Nutricional de Diabéticos Atendidos em Nível Primário.	Revista de Nutrição, Campinas São Paulo	2005	Avaliação; Atenção Primária à Saúde; Atendimento multiprofissional;	Quantitativo	Longitudinalidade
----	---	---	------	---	--------------	-------------------

RESULTADOS

Os artigos analisados concentram-se na problemática da avaliação em APS, sob variados aspectos utilizando-se de metodologias e abordagens diferentes para desenvolvimento do processo avaliativo. Com relação ao delineamento observa-se a predominância da abordagem quantitativa com 83,33% (n=5), seguido pela qualitativa 16,66% (n=1). Com relação a categorização dos estudos de acordo com a temática, observou-se a maior concentração dos trabalhos no atributo da coordenação com 33,33% (n=2), seguido dos atributos longitudinalidade 16,33% (n=1), integralidade 16,33% (n=1), sendo que um dos trabalhos 16,33% (n=1) utilizou os quatro atributos essenciais para proceder a avaliação e ainda um dos documentos 16,33% (n=1), referiu-se a instrumento de avaliação em atenção primária à saúde. Os artigos foram identificados como A1, A2, A3, A4, A5 e A6 sequencialmente, conforme demonstrado no quadro sinóptico, favorecendo a análise e discussão dos mesmos.

O **A1** foi publicado em 2012, tratando-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa, com objetivo principal de avaliar ações desenvolvidas por profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família usando como pano de fundo o controle da tuberculose. Para o desenvolvimento da avaliação foram entrevistados 286 profissionais de saúde sendo o campo de investigação o Município de Teresina no Piauí.⁷

O estudo categorizou-se como área temática, no atributo integralidade, consistindo na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços⁽⁸⁾.

Desta maneira, avaliar a atenção primária à saúde tangenciando a integralidade, permitiu desenvolver a pesquisa sobre múltiplos aspectos, a partir de categorias profissionais distintas,

avaliando o espectro das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, bem como a capacidade de reconhecer os problemas que causam doença. A pesquisa conclui que o desenvolvimento das ações está associado à categoria profissional de quem realizam.

O **A2**, publicado em 2011, é um estudo epidemiológico, quantitativo e perfaz sua avaliação através de criteriosa análise de indicadores de saúde do Estado de São Paulo, tendo como objetivo analisar o perfil de indicadores relacionados à APS. Com relação à categorização temática, o estudo propõe-se a avaliar a atenção primária à saúde nos seus diferentes atributos, uma vez que se utiliza de diferentes indicadores para a realização do mesmo.⁶ O estudo avalia 14 indicadores sendo que quase todos dos 14 indicadores tiveram incremento favorável no período.⁶

O **A3**, publicado em 2009, trata-se de um estudo transversal de delineamento quantitativo, com objetivo de desenvolver uma avaliação da qualidade da atenção básica em trinta e sete (37) municípios do centro-oeste paulista a partir de questionário respondido por gerentes e equipes locais.² Com relação à categorização temática o estudo coloca-se no atributo coordenação, definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.⁽⁸⁾ Segundo demonstra o estudo, as características organizacionais das ESF tendem a ser mais coerentes com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica do que os demais tipos de UBS.²

O **A4** publicado em 2009, com abordagem qualitativa, procurou analisar o desempenho de municípios paraibanos tomando como base a organização da atenção básica, avaliando métodos e instrumentos de gestão, caracterizando-se tematicamente como atributo da coordenação⁹. O presente estudo propôs-se avaliar as características da organização da atenção básica em 15 Municípios do Estado da Paraíba, sendo os municípios classificados a partir dos critérios utilizados em insatisfatório, intermediário e satisfatório. Segundo demonstrou o estudo apenas dois municípios obtiveram desempenho considerado satisfatório.⁹

O **A5** publicado em 2005, refere-se a um estudo quantitativo que objetivou construir um questionário para avaliar a satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro⁽¹⁰⁾, tematicamente compõe a categoria Validação/testagem de instrumento de avaliação. O estudo concluiu que o questionário para análise da satisfação de usuários da atenção básica foi desenvolvido, testado e validado, podendo ser utilizado em outras unidades de saúde, contribuindo para identificação de problemas e auxiliando na tomada de decisão consequentemente na qualificação da atenção básica.¹⁰

O **A6** publicado em 2005, refere-se a um estudo quantitativo, com o objetivo de avaliar a atenção primária em saúde a partir da intervenção multiprofissional em diabéticos atendidos

a nível primário, tematicamente classificasse no atributo da longitudinalidade que pode ser definido como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.¹¹ Participaram do estudo 190 diabéticos do tipo dois, concluindo o estudo que o atendimento multiprofissional é importante para o controle do diabetes, devendo ser indicado precocemente.¹¹

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os artigos analisados evidenciam a crescente preocupação em estabelecer a institucionalização da avaliação na APS. Ademais, no Brasil ainda não existe a cultura de avaliação dos serviços públicos oferecidos, especialmente, os voltados aos programas na área da saúde. Estes são idealizados e operacionalizados em âmbito central, sem a participação das equipes de ESF, que irão ser executores dos referidos programas.⁴

Tal preocupação concorre com ampliação da cobertura do atendimento da população pelos programas norteadores da atenção primária, tais como a Estratégia de Saúde da Família-ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, e conseqüentemente, do aumento dos investimentos voltados para a área, estabelecendo novas metas e diretrizes para os setores de planejamento e gestão, ou seja, não só é necessário garantir o acesso aos serviços básicos de saúde, mas também garantir serviços de qualidade e com adequado grau de efetividade.⁴

A avaliação da gestão da APS não poderia se esgotar apenas na apreciação da evolução de sua estrutura de oferta de ações ou na verificação da adequação dos seus processos de atenção à saúde.⁷ Nesse sentido, uma problemática presente nos trabalhos analisados é a falta de instrumentos testados e validados próprios para efetuar avaliação em atenção primária à saúde, que sejam capazes de refletir o atendimento prestado em seus múltiplos aspectos. Assim, a elaboração de um instrumento de medida de variáveis que sejam observáveis e diretamente relacionadas ao objeto de estudo deve ser adequada à população a ser investigada.⁹

Com relação aos atributos como forma de estabelecer marcadores ou indicadores avaliáveis na atenção primária à saúde, observou-se a utilização preferencial dos atributos essenciais (acesso/primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), sendo o atributo da coordenação o mais presente nos estudos, reconhecendo-se além de sua importância

na organização e planejamento das ações em saúde, instância onde os processos avaliativos deve estar mais presentes, auxiliando na tomada de decisão das equipes, profissionais e gestores.⁶⁻⁸ Nesse contexto, a avaliação sob o ponto de vista do impacto sobre a saúde das populações deve ser foco último de uma avaliação da gestão.⁶

CONCLUSÃO

Os estudos que compuseram o “corpus” desse trabalho mostraram tendências, inovações e perspectivas no campo das avaliações em atenção primária à saúde. Um dos principais aspectos evidenciados nos artigos foi a necessidade de inserir no contexto da atenção primária à saúde, uma cultura de processos de avaliação permanentes, uma vez que estes podem ser determinantes na toma de decisões das equipes, profissionais e gestores.

Um dos desafios na busca de consolidar a avaliação como ferramenta importante de trabalho e gestão da atenção primária à saúde refere-se aos instrumentos de avaliação, indicando a necessidade de que os mesmos sejam capazes de responder às várias questões e aspectos que envolvem a atenção primária. Os trabalhos demonstram também que houve significativa evolução no atendimento à atenção primária, principalmente no que se refere a ampliação da cobertura dos principais programas de saúde, centrando a discussão em torno da efetividade das ações, melhoria de indicadores e qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, evidencia-se um reconhecimento por parte de gestores, profissionais e órgãos governamentais da necessidade da introdução de uma cultura de avaliação permanente em APS de forma a produzir elementos capazes de dar sustentação para processos decisórios em favor da construção de um sistema de saúde que cada vez mais busque atender as necessidades e expectativas da população. Considera-se como limitação do estudo o fato da busca ter sido desenvolvida em apenas uma base de dados, tendo em vista que algum trabalho importante pode não ter sido considerado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
1. Castanheira ERL. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. supl.2, p. 84-88, June 2009.
2. Cordeiro AM. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007.
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
5. Sala A.; MendesJDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Rev. Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, Dez. 2011.
6. Santos TMMG.; NogueiraLT.; ArcencioRA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.
7. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO. Brasil, Ministério da Saúde, 2002.
8. Eras CLSM.; Vianna RPT. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica - 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 133-140, jun. 2009.
9. HalfounVLRC.; Aguiar OB.; Mattos DS. Construção de um instrumento para avaliação de satisfação da atenção básica nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 424-430, Dec. 2008.
10. Batista, MCR et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 2, p. 219-228, Apr. 2005.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi desenvolvida no Município de Três Passos/RS, que pertence administrativamente à região de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, tendo como cenário da pesquisa Unidades de Estratégia de Saúde da Família todas vinculados ao PMAQ, totalizando oito (08) Unidades de Saúde que juntas corresponde a cem por cento (100%) da área de cobertura à população residente no Município.

Os participantes da pesquisa foram usuários que por livre demanda buscaram atendimento na rede de APS e concordaram em fazer parte do estudo, sendo definidos como critérios de exclusão, ter menos dezoito anos e morar na área da Estratégia de Saúde da Família e usar o serviço a menos de quatro anos, sendo este último critério adotado afim de que o entrevistado possa estabelecer um paralelo entre o período que antecedeu a implantação do programa e após o seu advento.

Foram oito (08) entrevistados a maioria, seis (06 n= 75%) são do sexo feminino, sendo que a profissão predominante é agricultor três (03 n= 37,5%), o que corrobora o fato do Município ter a economia baseada na agricultura, sobre tudo na agricultura familiar. A renda familiar dos entrevistados variou de, sem renda no momento (entrevistado que declarou-se desempregado) à R\$ 5.500,00. Com relação a idade dos entrevistados, ela oscilou de trinta e três (33) anos, entrevistado mais novo à sessenta e oito (68) anos, entrevistado com maior idade. Ainda com relação à escolaridade, os entrevistados registraram o grau de instrução regular entre ensino fundamental incompleto e Pós-Graduação completa.

Ao analisarmos as entrevistas, foi possível identificar as unidades de significação, bem como a partir delas, categorizar os elementos que emergiram do material analisado de acordo com os núcleos de sentido, permitindo assim a sua análise. Para estruturarmos a análise destes elementos, utilizamos os atributos essenciais da APS, que conforme Starfield (2002) estes atributos podem ser reconhecidos como elementos organizadores da Atenção Primária em Saúde, sendo: Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; e Coordenação.

Desta forma analisamos a percepção dos usuários sobre os serviços prestados pelas Equipes das Estratégias de Saúde da Família, a partir destes atributos, sendo que essa percepção contribuiu significativamente para avaliarmos os serviços e atendimentos prestados bem como correlacioná-los com as mudanças induzidas pela implantação do PMAQ.

Ainda, na busca de obter informações que consubstanciassem a resposta para a pergunta de pesquisa, buscou avaliar o grau de informação e conhecimento do usuário sobre o PMAQ, indagando-se aos entrevistados “O senhor (a) já ouviu falar sobre o PMAQ? ”, sendo investigados também a percepção dos usuários sobre as mudanças gerados a partir de sua implantação “O senhor (a) percebeu algumas mudanças nos serviços prestados por essa unidade? (Se sim), a partir de quando? quais? ”, desta forma pode-se estabelecer um paralelo entre os dados obtidos, avaliando-se a partir deles o grau de relação estabelecido entre o programa e as mudanças induzidas por ele, sob a ótica e percepção dos usuários.

Os usuários que participaram do estudo, demonstraram através de suas falas nas entrevistas, reconhecerem a Unidade de Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do Sistema de Saúde, sendo que às procuram primeiramente ao buscarem atendimento para suas demandas de saúde. Esta realidade se relaciona com o fato de o Município ter implementado em todo seu território cobertura de Equipes de Saúde da Família, abrangendo cem por cento (100%) da população adstrita. As características organizacionais das Unidades de Saúde da Família, tendem a ser mais coerentes com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica do que os demais tipos de Unidades Básicas de Saúde (CASTANHEIRA, et. al.2009).

Foi possível também concluir que existe uma utilização regular ao longo do tempo por parte dos usuários, sendo independentemente de terem ou não problemas de saúde tem as unidades como referência no atendimento à saúde. A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados a saúde ou do tipo de problema (STARFIELD,2002).

Outro aspecto evidenciado é o estabelecimento de vínculo adequado e positivo entre usuários e equipes, sendo que observou-se um bom nível de integração e afilhamento, referido pelos usuários. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA,2013).

Com relação à integralidade, podemos observar que existe uma sistemática adequada de encaminhamentos dentro ou fora da rede de Atenção Primária, em busca de atender as demandas dos usuários, sendo que os mesmos manifestam opiniões que variam de “Plenamente Atendido” (06 n= 75%) à “Parcialmente Atendido” (02 n=25%). Uma vez que, observasse a existência de rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os participantes foram indagados também com relação à forma do atendimento prestado pelas equipes, sendo que os mesmos referiram como se sentem ante a este atendimento, os relatos nos permitem constatar que existe um atendimento adequado, com vínculo de confiança fortalecido e avaliação positiva do atendimento prestado pelos profissionais. Uma vez que “O zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação de cada um em sua atividade profissional” (FELISBERTO, 2006).

Com relação aos encontros das equipes de saúde com a comunidade para avaliar a proximidade, coordenação do cuidado e possibilidade do repasse de informações entre equipe e comunidade, evidenciou-se que existe contato permanente estruturado por meio de reuniões periódicas. Tendo em vista que deve-se objetivar ofertar aos usuários um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde, pode-se dizer que coordenação implica em manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

Cabe destacar que o estudo não identificou diferenças significativas no atendimento prestado nas diferentes Unidades de Estratégia de Saúde da Família, sendo que um dos principais objetivos do PMAQ é fornecer um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011c).

Um dos pontos destacados no estudo foi conhecer a percepção dos usuários sobre a implantação do PMAQ, sendo relevante na medida em que permite fazer uma avaliação do grau de apropriação dos usuários com relação aos programas e políticas públicas, verificando seu conhecimento ou nível de informação acerca do programa aqui estudado, que foi implantado no Município de Três Passos/RS a partir do ano de 2012. Pois de um modo geral “verificamos também uma importante dificuldade nas práticas avaliativas em vigência no que diz respeito à inclusão do olhar do usuário sobre as ações produzidas na política de saúde” (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Para colocar a questão de pesquisa, indagou-se os participantes se já haviam ouvido falar sobre o PMAQ, sendo que a maioria dos entrevistados sete (07 n=87,5%) desconhecia ou não havia ouvido falar do referido programa. Para identificar a percepção dos usuários sobre as mudanças induzidas a partir da implantação do programa perguntou-se aos participantes: “O senhor (a) percebeu alguma mudança nos serviços prestados por essa Unidade de Saúde? ”

Sete (07 n=87,5%) participantes responderam afirmativamente com relação a percepção das mudanças ocorridas, sendo evidenciado mudanças prioritariamente com relação a estrutura física das Unidades de Saúde. Pode-se dizer então que os participantes em sua maioria perceberam mudanças e as relacionaram com melhorias. Muito embora os participantes em sua maioria quando indagados sobre o PMAQ, não conseguiram identificar o referido programa, os mesmos conseguem em sua maioria perceber as mudanças promovidas por ele, muito embora não estabeleçam a relação entre as mudanças e a implantação do programa. Nos associamos a Martins (2009 apud PINHEIRO; MARTINS 2011), pois a visualização das redes de interação na promoção da saúde e da oferta de cuidados, por parte dos usuários, teria um efeito empoderador em suas estratégias de afirmação de direitos de cidadania

Desta forma estabelecemos que os participantes percebem as mudanças ocorridas nas Unidades de Saúde onde buscam atendimento, porém não às atribuem ou relacionam a adesão do Município ao referido programa. Tal achado demonstra que é preciso melhorar o nível de informação e empoderamento dos usuários sobre as políticas públicas, programas e ações voltadas a ele, pois “é necessário institucionalizar a avaliação, para que se possa formalmente articular um processo colaborativo entre gestores, avaliadores, profissionais, usuários, academia, e serviços de saúde, no apoio as decisões tomadas” (PINHEIRO E MARTINS, p.49, 2011).

A responsabilidade da construção, consolidação e defesa de um sistema e saúde que seja universal, equânime e sobretudo, que atenda às necessidades e expectativas da população, pertence a todos atores envolvidos no processo, usuários, profissionais e gestores, constituindo-se em um desafio ampliar a participação de todos nesse processo, sobre tudo a participação dos usuários, em última análise, a quem se destinam os programas e políticas públicas desenvolvidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde é um patrimônio das pessoas, que precisa ser gradativamente aperfeiçoado, melhorado e defendido. Para que isso ocorra é necessária a concepção de que todos somos responsáveis nesta construção. Historicamente defende-se a participação de todos na discussão e construção das políticas públicas, profissionais, gestores e usuários. Para garantir esta participação, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, os conselhos de saúde são estruturados de forma tripartite, sendo sua composição paritária, garantindo a representatividade de todos os segmentos. O baixo nível de apropriação do usuário com relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ, implantado no Município de Três Passos/RS observado na pesquisa, demonstra que é necessário um repensar sobre tudo na forma de participação dos usuários no processo de construção, implantação e avaliação das políticas públicas. Pois em geral a participação dos usuários neste processo, quando ocorre, se dá por meio representativo (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Reconhecendo-se a importância representativa dos conselhos, o desafio deve ser centrado na ampliação da participação dos usuários em todas as fases do processo, principalmente no que tange o acesso à informação de forma clara e precisa e em linguagem adequada de forma a democratizar o debate sobre políticas públicas, programas e até mesmo ações em saúde.

Outro desafio é consolidar a importância do processo de avaliação com foco no usuário como ferramenta capaz de produzir respostas além do campo da técnica de respostas dicotomizadas, pois “trata-se de se contrapor a uma concepção avaliativa que sustenta como fundamento a racionalidade científica moderna” (PINHEIRO; LUZ, 2003 apud. PINHEIRO; MARTINS, p.41, 2011).

Analisando os resultados obtidos pela presente pesquisa, observamos que os usuários de forma geral, avaliam positivamente os serviços de saúde, de acordo com os diferentes atributos presentes no estudo.

Conclui-se através dos dados obtidos que os participantes observaram mudanças no atendimento prestado, sobre tudo no aspecto estrutural das unidades de saúde, sendo que classificam essas mudanças como positivas, porém não as relacionam com a implantação do programa aqui analisado. A importância do usuário apropriar-se das discussões sobre as políticas públicas, programa e ações em saúde desenvolvida em seu favor, tem um importante

papel na garantia de direitos e na consolidação do sistema público de saúde, a partir do empoderamento do usuário sobre questões que repercutem diretamente à ele, sendo que o aumento do grau de informação contribui não só para a melhor utilização dos serviços de saúde, mas também favorece uma análise crítica sob os mesmos.

Desta forma conclui-se que a avaliação centrada no usuário tem um papel importante nas discussões das políticas públicas, sendo necessário institucionalizar a avaliação de forma a estabelecermos um processo formal, capaz de estabelecer um vínculo colaborativo entre profissionais, gestores e usuários.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2013.
2. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde-SUS**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde; 2006a. Vol.1, p. 13.
3. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, Ministério da Saúde; 2006b.
4. _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
5. _____. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da qualidade da Estratégia da Saúde da Família**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde; 2005.
6. _____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. _____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011c.
8. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.
9. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, Ministério da Saúde; 2011b.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>. Acesso em: 07 de ago. 2013.
11. _____. Sistema Único de Saúde. **Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. vol. 1, 3 e 13, Brasília, DF, 2011a.

12. _____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde; Cad. 1, 2000.
13. BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.
14. BROUSSELLE, A. et al (organizadores). **Avaliação conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 291p.
15. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. supl.2, p. 84-88, june 2009. ISSN 1984-0470. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29581/31448>. Acesso em: 08 jan. 2017.
16. CONILL, E. M. Ensaio Histórico-conceitual sobre a atenção primária a saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.
17. CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos**. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A.Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.
18. FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Jan. 2017.
19. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 4.ed. 176p. São Paulo: Atlas, 2002.
20. GRAFFITTI, L. G. **Três Passos: colonização e imigração**. Ijuí: 2004. 184p.
21. HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (organizadoras). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 3. ed. Salvador: Ed. EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 275p.
22. HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013; 8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829). Acesso em: 08 jan. 2017.
23. MINAYO, M. C de S.. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

24. MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):122-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.
25. OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 13 Jan.2017.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata. 1979.** Disponível em: <HTTP://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.
27. PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (org.). **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 376p.
28. PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, ago. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>. Acesso em: 08 jan. 2017.
29. PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS/RS. **Homepage Prefeitura Municipal. Três Passos**, 2017. Disponível em: <http://www.trespazos-rs.com.br/?p=artigo-5-10-2.html#principal>. Acesso em: 24.jan.2017.
30. RIBEIRO, F. A; SCHRAIBER, L. B. **Atenção Primária (APS) E Sistema de saúde no Brasil: perspectiva histórica.**2007. 307 p. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
31. SALA, A; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Rev. Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jan. 2017.
32. SAMICO, I. et al., (org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196 p.
33. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO. Brasil, **Ministério da Saúde**, 2002.
34. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação.** Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora da UFSM. – Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.

35. VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. 1a. edição: 1997. 90p.

APÊNDICES

Apêndice A- Instrumento de Coleta de dados “usuários” dos Serviços de Saúde.

1-HÁ QUANTOTEMPO O SENHOR (A) FAZ USO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE TRÊS PASSOS?

() MENOS DE 1 ANO

() 1 ANO

() MAIS DE 1 ANO. QUANTOS? () ANOS

SEXO:

IDADE:

PROFISSÃO:

RENDA:

ESCOLARIDADE:

2- HÁ QUANTO TEMPO RESIDE EM TRÊS PASSOS? E NO BAIRRO?

3- QUAIS OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE O SENHOR (A) PROCURA EM TRÊS PASSOS, QUANDO PRECISA?

4-COM QUE FREQUÊNCIA E QUAIS OS SERVIÇOS QUE O SENHOR (A) BUSCA AQUI NA UNIDADE DE SAÚDE?

5- O SENHOR (A) JÁ OUVIU FALAR SOBRE O PMAQ?

6-CONHECE A EQUIPE DE SAÚDE QUE TRABALHA NESTA UNIDADE? (SE SIM), QUAIS CONHECE? SABE O NOME?

7- O SENHOR (A) SABE SE OCORRE REUNIÕES DOS PROFISSIONAIS COM A COMUNIDADE? (SE SIM), O SENHOR (A) PARTICIPA?

8- COMO AS PESSOAS FICAM SABENDO DAS ATIVIDADES QUE OCORREM NA UNIDADE?

9- COMO O SENHOR (A) SE SENTE AO CHEGAR NA UNIDADE?

10- QUEM O RECEBE?

11- QUANDO O SENHOR (A) VEM ATÉ A UNIDADE, A SUA NECESSIDADE É ATENDIDA?

12- COMO O SENHOR (A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DESTA UNIDADE?

13- COMO O SENHOR (A) AVALIA OS SERVIÇOS DESTA UNIDADE? (ESTRUTURA E PROFISSIONAIS)

14- O SENHOR (A) PERCEBEU ALGUMAS MUDANÇAS NOS SERVIÇOS PRESTADOS POR ESSA UNIDADE? (SE SIM), A PARTIR DE QUANDO? QUAIS?

Apêndice B- Termo de Confidencialidade.

Título do estudo: Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e conselheiros Municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS.

Pesquisadora responsável (orientadora): Teresinha Heck Weiller.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado.

Telefone para contato: (55) 3220 8263

Local da coleta de dados:

.....
Os pesquisadores da presente pesquisa se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas com os usuários, profissionais, gestores e conselheiros municipais de saúde da 19ªCRS/RS.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente pesquisa e organização de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305 do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof. (a) Pesquisador (a) Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Extensão da UFSM em/2015, com o número do CAAE

.....
Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

Assinatura:

Pesquisadora responsável Teresinha Heck Weiller

Assinatura:

Sujeito da Pesquisa

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Título do estudo: Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e conselheiros Municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado.

Telefone para contato: (55) 3220 8263

Local da coleta de dados:

.....
Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Dessa forma, os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo é Analisar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, no âmbito dos municípios da 19ª CRS que aderiram ao programa, na percepção dos usuários, profissionais de saúde, gestores, conselheiros municipais de saúde.

Procedimentos. No primeiro momento minha participação consistirá em responder às perguntas da entrevista que abordarão o meu conhecimento e interesse avaliação em saúde da atenção básica e após será aplicado um questionário para avaliar a resolutividade da intervenção.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado e possibilitará um desempenho amplo quanto à avaliação da atenção Básica de seu município a partir da implantação do PMAQ. Não terei benefícios financeiros ao aceitar a participação nesse estudo.

Riscos. A minha participação na pesquisa apresenta riscos leves, entretanto, não representará qualquer risco de ordem física. Caso o tema abordado cause algum tipo de constrangimento será convidado a desistir da entrevista.

Sigilo. As informações fornecidas terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, pois não serei identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. As informações serão mantidas em um armário chaveado, na sala 1305 do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof. (a) Pesquisador (a) Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar das etapas da pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2016

Assinatura:

Pesquisadora responsável Teresinha Heck Weiller

Assinatura:

Sujeito da Pesquisa

Sujeito da Pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima,
nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
- E-mail: comitêeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

ANEXOS

Anexo A- Instrumento de Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade/AMAQ

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO

A implantação e a implementação da atenção básica como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município são fundamentais para a consolidação e o aprimoramento do SUS. Possibilitam a ampliação do acesso e a coordenação do cuidado dos usuários. Essa subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da atenção básica no município.

1.1	A Atenção Básica é porta preferencial de entrada do usuário orientando a rede de atenção à saúde	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A AB do município é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. O município possui ampla cobertura de AB com ofertas de serviços que atendem as necessidades dos usuários e possuem ferramentas de comunicação e integração dos pontos de atenção, tais como: sistema de informação, regulação, prontuário eletrônico, plano municipal de saúde, entre outros.

1.2	A gestão municipal tem as diretrizes da Atenção Básica com orientadora das práticas em saúde	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A gestão municipal orienta-se através das diretrizes da AB. O município utiliza-se: da acessibilidade e do acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); da territorialização e da responsabilização sanitária; do vínculo e da adscrição de clientela; do cuidado longitudinal; da coordenação do cuidado e do trabalho em equipe multiprofissional.

1.3	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação de Unidades Básicas de Saúde considerando critérios de equidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A gestão municipal considera critérios de risco e vulnerabilidade para a implantação das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários dos serviços da AB, evitando os “vazios assistenciais”. As estratégias utilizadas pela gestão contemplam: a territorialização das unidades, a disponibilização e distribuição adequada de profissionais, o cadastramento e adscrição da população por equipe redução das distâncias geográficas entre UBS e população e, considerando as necessidades de grupos/comunidades específicas, de acordo com os parâmetros preconizados e populações consideradas pela PNAB.

1.4	A gestão municipal de saúde garante a manutenção e o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal realiza a manutenção periódica da estrutura física da unidade básica de saúde. Planeja as compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente, de forma a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques e a manutenção dos equipamentos, visando a sua adequação e suficiência, em tempo oportuno, para garantir a qualidade dos serviços.</p>		

1.5	A gestão municipal de saúde realiza sistematicamente a análise e o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal realiza planejamento participativo e ascendente e utiliza para tomada de decisão: 1- análise e o acompanhamento de indicadores de saúde, 2- as pactuações interfederativas, 3- os sistemas de informação, 4- os resultados de avaliação já realizada, a exemplo a avaliação do PMAQ, e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e funcionamento dos serviços de AB.</p>		

1.6	A gestão municipal de saúde desenvolve ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal articula e integra agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, garantindo ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores governamentais (educação, desenvolvimento social, trabalho e emprego, habitação, transporte, cultura e outros) e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) no município.</p>		

1.7	A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a coordenação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Há um profissional ou equipe multiprofissional, designado(s) para a função de coordenação da AB, estando formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS. Os técnicos envolvidos com a coordenação possuem formação com pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão. A coordenação é responsável pela gestão do serviço de AB: núcleo de apoio à saúde da família, equipe de AB, equipe de saúde bucal, consultório na rua, academia da saúde, equipe de saúde para população ribeirinha, fluvial entre outros.</p>		

1.8	A gestão municipal de saúde constitui (garante) equipe de apoio institucional ou similar como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal garante apoiadores institucionais (equipe com composição interdisciplinar) que realizam encontros regulares com as equipes de AB, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações desenvolvidas e processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador, responsável pela articulação de saberes e práticas.</p>		

1.9	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para a atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal garante espaço no processo de trabalho dos profissionais de AB para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação dos profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem desses profissionais. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela SMS ou em parceria com os profissionais da rede de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, outros municípios, instituições de ensino etc. O município tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a AB está incluída nesse núcleo.</p>		

B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da RAS é uma estratégia que visa o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se por ações e serviços de saúde–articulados de forma complementar e com base territorial, seguindo alguns atributos: a AB estruturada como porta de entrada “preferencial” do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção.

1.10	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>As ações e serviços de saúde são ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando a gravidade do risco individual e coletivo. A gestão municipal elabora e organiza fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da RAS, e constitui canais de comunicação entre os profissionais da rede, garantindo a referência e contrarreferência em tempo oportuno. Organiza a AB como responsável pela coordenação do cuidado dos usuários em qualquer ponto da RAS com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral. Apóia as equipes na utilização de ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.</p>		

1.11	A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Com o objetivo de tornar os serviços mais resolutivos, alguns instrumentos de integração dos serviços podem ser utilizados: 1) Protocolos clínicos contemplando classificação de risco, critérios e fluxos de encaminhamentos; 2) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, controle de leitos, internações e urgência e emergência, a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Em municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada entre municípios vizinhos. O gestor realiza estudos periódicos sobre a oferta de exames e consultas especializados a partir das necessidades identificadas pelas equipes nos territórios e busca um dimensionamento adequado dessa oferta para as equipes.</p>		

C – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO

A gestão do trabalho no âmbito da AB trata de questões relacionadas à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão abordados aqui as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na AB; a implantação/implementação de programas de incentivos e premiação às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários. Desenvolve ações de acordo com a política nacional de saúde do trabalhador.

1.12	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal provê vínculo de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais da AB. Realiza concurso ou seleção pública para o provimento dos cargos ou empregos.		

1.13	A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de atenção básica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro, gratificação, e/ou premiação para as equipes de AB. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas, processos implantados e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes de AB.		

1.14	A gestão municipal garante aos trabalhadores da atenção básica plano de carreira.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores da AB em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.15	A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos e readaptação de função.		

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

Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

1.16	A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal apoia o funcionamento do CMS no sentido de garantir espaço físico e equipamentos para seu funcionamento, assegura o exercício das suas funções e responsabilidades respaldando às suas decisões e deliberações. Reconhece-o como importante espaço social de discussões e expressão de cidadania, além de potencializar seu papel de mediador das demandas sociais junto ao governo. Apoia as conferências municipais/distritais/locais de saúde por compreendê-las como conquistas fundamentais para a democratização das políticas de saúde no nível local.</p>		

1.17	A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário (como por exemplo: formulário, caixa de sugestões) em relação a: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, encaminhamento para os serviços de referência, acompanhamento do usuário na rede de serviços, qualidade do vínculo e do atendimento, comprometimento do profissional, ofertas de serviços da equipe, entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho.</p>		

1.18	A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros, etc.) aos usuários da AB para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.</p>		

1.19	A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal estimula e apoia a formação de conselhos locais de saúde estruturados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde, com a participação de profissionais das equipes, de usuários e representantes da comunidade e de organizações da sociedade; estimula também a formação de outros espaços de participação social, além de reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com a participação dos usuários do serviço.</p>		

DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL

O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho, e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de saúde, estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, ações de educação permanente.		

2.2	A gestão da AB oferta apoio institucional ou similar para as equipes de atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB está organizada com apoiadores de referência para as equipes de atenção à saúde. O processo de trabalho do apoiador institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da AB no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador. Realiza-se: A- discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; B – Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; C – Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; D –Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; E – Facilitação de processos locais de planejamento; F – Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; G – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.		

F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.		

2.8	A gestão da atenção básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB incentiva e viabiliza a participação dos profissionais da gestão e equipes da AB em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por Instituições de Ensino Superior, Escolas de Saúde Pública, Escola Técnica do SUS e/ou Centros Formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e dificuldades identificadas, relevância do tema, interesse do profissional, tempo de serviço, desempenho, dedicação, entre outros.</p>		

G - SUBDIMENSÃO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - M&A

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como uma ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporado-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de AB.

2.9	A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Atenção Básica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento no âmbito da AB, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Dentre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: (a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; (b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; (c) Definição de responsáveis; (d) Periodicidade do acompanhamento; (e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; (f) Mecanismos de divulgação de resultados; (g) discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde. As áreas técnicas que desenvolvem ações de AB – por exemplo, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.</p>		

2.10	A gestão da atenção básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB faz avaliação dos projetos prioritários, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. A gestão da AB utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de AB, tais como: Avaliação externa do PMAQ, suplementos da PNAD sobre Panorama de Saúde; Segurança Alimentar, entre outras. Promove ou participa de avaliações, no contexto da AB, realizadas por atores externos à gestão municipal.</p>		

2.11	A gestão de atenção básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal debate e decide junto com os profissionais das equipes de AB as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal a (COAP, PMAQ, PSE, entre outros). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos /oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.</p>		

2.12	A gestão da atenção básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações nas UBS. Possui estratégias para a informatização e conectividade das UBS, garantindo computadores, nos consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, sala acolhimento, recepção e outros ambientes identificados como necessários. Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde dos usuários e toma decisões que visam o aprimoramento dos serviços com base nessas informações. A gestão implantou o Cartão Nacional do SUS para todos os usuários.</p>		

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

H - SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui características estruturais e de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas) de acordo com a regulamentação preconizada, além de apresentar e equipamentos e materiais essenciais. Verificar anexo A.		

3.2	A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS disponibiliza consultórios com espaços destinados ao atendimento individual em número suficiente para garantir o atendimento concomitante de médico e enfermeiro da equipe, sem interrupção, em qualquer período de funcionamento da unidade, garantindo a privacidade dos usuários. Estes deverão ser compartilhados com os demais profissionais da unidade, obedecendo à programação e cronogramas previamente estabelecidos, na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Verificar anexo A.		

3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão realiza o planejamento e a execução dos serviços de manutenção, garantindo o bom funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais da UBS.		

3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenhar suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet – possibilitando a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde; facilitando os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Viabiliza a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, para a troca de experiências, integração entre os serviços e aumento da resolutividade da AB. Verificar anexo A.		

3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais e equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território (conforme o anexo B), realiza a conferência e manutenção periódica desses materiais e equipamentos garantindo sua condição de uso.		

3.6	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde, para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza às equipes veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e cronograma de cada uma delas.		

3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso, equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9.050/2004. Verificar Anexo C.		

3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Há totem e placas de identificação visual externa e interna (entrada da UBS, recepção, placa com relação dos serviços ofertados, consultórios, sala de coleta, nebulização, vacina, sala de procedimentos, sala de curativos, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários, sanitários, áreas para pessoas com cadeira de rodas, equipamentos específicos para pessoas com deficiência, consultórios odontológicos, escovário, sala de dispensação de medicamentos, central de material e esterilização, salas de reunião, auditório etc.). Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviços de AB integrante do Sistema Único de Saúde, Placa Saúde Mais Perto de Você- Placa que identifica que a UBS participa do PMAQ, horário de funcionamentos, escala dos profissionais, uso de crachá de identificação, listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da ouvidoria. A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de modo acessível às pessoas com deficiência (acessibilidade comunicacional). Apresenta piso tátil para o deslocamento e utiliza símbolos internacionais para pessoas com deficiência. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação dentro da UBS.</p>		

I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, IMUNOBIOLOGICOS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controlar das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

3.9	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A UBS dispõe de insumos em quantidades suficientes para a atenção aos usuários e as atividades educativas destinadas à população. Utilizar como referência a lista do anexo D.</p>		

3.10	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os materiais e insumos básicos para o processo de trabalho do ACS estão garantidos. Verificar Anexo E</p>		

3.11	A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O calendário de vacinação é definido pelo PNI do Ministério da Saúde e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente/Pentavalente, poliomielite/SAIK, rotavírus, pneumocócica 23 - valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.		

3.12	A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e qualidade do atendimento prestado. Verificar anexo F.		

3.13	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os insumos e medicamentos indispensáveis ao primeiro atendimento de urgência e emergência ao usuário, para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário, estão garantidos na UBS. Verificar anexo H.		

3.14	A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de EPI para o trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como: óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados etc. Verificar anexo D.		

3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão abastece as unidades com quantidade suficiente de medicamentos para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual desses não comprometa a resolutividade dos tratamentos.		

Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. Ver anexo H.

3.16	A unidade básica de saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, distribuição e dispensação de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos na UBS. As condições de armazenamento estão adequadas garantindo a conservação dos medicamentos e imunobiológicos.		

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

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

Os processos de reorganização da AB vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de AB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	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
Os profissionais de nível superior e médio da equipe tem formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.		
4.2	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
A equipe participa de cursos de atualização e qualificação que são disponibilizados considerando suas necessidades e dificuldades identificadas por ela. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação na AB.		

4.3	As Equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial à distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação à Distância - EAD (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, dentre outros. As atividades de educação e apoio matricial à distância podem, além de aumentar a resolutividade clínica dos profissionais da AB, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.</p>		

K - SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

4.4	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
<p>A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes, para isso o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.</p>		

4.5	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
<p>A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de Plantas medicinais e Fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das Práticas Integrativas e Complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.</p>		

4.6	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
<p>A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante, também, para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.</p>		

4.7	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe elabora, acompanha, gere e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.</p>		

4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado ou etc) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros.</p>		
4.9	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
<p>A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.</p>		
4.10	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
<p>A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam, também, na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) e outros.</p>		
4.11	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
<p>A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Desta forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana,</p>		

período noturno, etc.).

4.12	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
<p>A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.</p>		

4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza acolhimento a demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante, o acesso e resolutividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.</p>		

4.14	A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolutividade da AB e fortalecendo o vínculo equipe-comunidade.</p>		

4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, dentre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS as o planejamento das ações no território.</p>		

4.16	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
<p>A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS, e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.</p>		

4.17	A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.</p>		

L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, ADULTOS E IDOSOS), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. COMPREENDE uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

4.18	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
<p>A equipe realiza, durante o primeiro ano de vida da criança, no mínimo sete consultas de acompanhamento, sendo três com o médico e quatro de enfermagem. Essas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. Além, de duas consultas no segundo ano de vida (18º e 24º), com avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e ações de promoção, com busca ativa (faltosos, prematuros, baixo peso ao nascer). E, no mínimo, uma consulta odontológica no 1º ano de vida da criança (quando se inicia a erupção da dentição decídua) e outra no 2º ano de vida da criança (quando geralmente se completa a erupção da dentição decídua). A atenção integral à saúde da criança envolve avaliação e registro do estado de saúde na caderneta de saúde, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação, incorporando avaliação do peso, comprimento/altura, desenvolvimento, intercorrências e estado nutricional, bem como realiza atualização do calendário vacinal, suplementação profilática e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina A e orienta mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). A equipe avalia ou encaminha em tempo oportuno a realização dos testes de triagem neonatal: teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. A equipe identifica as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. O acompanhamento da criança visa estreitar e manter o vínculo da criança e da família com a UBS, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.</p>		

4.19	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
<p>A equipe possui registro das crianças até 9 anos (puericultura), realiza avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento. O acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização ocorre por meio de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, orientações sobre promoção do desenvolvimento infantil e prevenção e controle de carências nutricionais com suplementação profilática de vitamina A para menores de 5 anos, além de grupos operativos com famílias, com o registro no cartão ou caderneta de saúde da criança. A equipe identifica, notifica e acompanha casos de violência à criança. É preconizada a realização de consultas anuais próximas ao mês de aniversário da criança a partir dos dois anos de idade até os 9 anos.</p>		

4.20	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
<p>A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos à criança maiores de seis meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar. Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação e monitoramento, vigilância alimentar e nutricional e cumpre a NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. A equipe conhece e utiliza os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos.</p>		

4.21	A equipe de atenção básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe desenvolve ações para detecção e vinculação precoce das gestantes do território, em especial às adolescentes gestantes, garantindo um bom acompanhamento do pré-natal com consultas em número suficiente e qualidade satisfatória, de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade. Faz a vinculação à maternidade de referência e identifica as gestantes entre 14 e 44 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família e orienta sobre o novo Benefício Variável à Gestante (BVG) do programa. A equipe estima o número de gestantes do território, cadastra e faz o acompanhamento em domicílio, considerando todas as gestantes, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação.</p>		

4.22	A equipe acompanha todas as gestantes do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza seis ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro), mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo. Solicita e avalia os exames complementares recomendados, exames para rastreio do câncer de colo de útero e de mama, diagnóstico e tratamento de DST, realiza imunização antitetânica e para hepatite B (quando indicado). Nas consultas avalia risco e vulnerabilidade, situação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal (após o quarto mês). Atende às intercorrências e urgências na gestação. Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério, reforçando a maternidade de referência, o direito ao acompanhante na hora do parto e o direito aos benefícios, como o Benefício Variável Gestante - BVG (PBF). Estimula a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério. Orienta quanto à prevenção e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde de todas as gestantes do território, inclusive as que optaram por realizar o pré-natal em outros serviços. Realiza ações de saúde bucal com, no mínimo, uma avaliação odontológica por trimestre de gestação. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação.</p>		

4.23	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
<p>A equipe realiza os testes rápidos ou sorologias para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação. Solicita e avalia em tempo oportuno os seguintes exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh, teste de COOMBS (se indicado), Hemoglobina, hematócrito, exame de glicose, teste de tolerância oral à glicose 75 g (se indicado), exame de urina (urina tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes, sorologias para hepatite B e toxoplasmose. Nos casos em que o resultado do teste de sífilis é positivo, realiza-se busca ativa da gestante e de suas parcerias sexuais para confirmação do diagnóstico e tratamento imediato com penicilina, com acompanhamento, aconselhamento e notificação no Sistema de Informação.</p>		

4.24	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
<p>O médico e/ou enfermeiro realiza o atendimento para a puérpera e o recém-nascido (em domicílio ou na própria UBS) na primeira semana após a alta. Nos casos de recém-nascidos de risco, o atendimento é feito nos primeiros três dias após a alta. São verificados o registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, verificação das condições de alta da maternidade, verificação da realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e orelhinha) e avaliação de saúde da puérpera (coloração das mucosas; presença de febre; volume, cor e odor dos lóquios e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco). Avalia-se o estado emocional da família, o vínculo com o bebê, orienta-se sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida, observando a sucção, o posicionamento da criança e pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, orienta a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano. A equipe</p>		

mantém o acompanhamento da puérpera e orientações sobre sexualidade e planejamento familiar, juntamente às consultas de puericultura, principalmente nos primeiros 42 dias pós-parto. No caso de gestantes beneficiárias no Programa Bolsa Família, a equipe orienta a necessidade de atualização do Cadastro Único para a inclusão de mais um membro na família, na faixa etária de zero a seis meses, para a concessão do Benefício Variável Nutriz (BVN).

4.25	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 realiza um conjunto de ações educativas, individuais e/ou coletivas, para homens e mulheres, em especial adolescentes, abordando a decisão de ter filhos ou não, no contexto de seus projetos de vida. Trata de questões a respeito da fertilidade; direitos sexuais e reprodutivos, respeitando os aspectos religiosos, culturais e a diversidade da população. Aborda e oferta, de forma facilitada, métodos contraceptivos básicos (camisinha masculina e feminina, contraceptivos orais e injetáveis); dispositivo intra-uterino (DIU); diafragma; realização de laqueadura de trompas e de vasectomia; anticoncepção de emergência.		

4.26	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 realiza ações de prevenção, rastreio e controle do câncer de colo uterino e de mama, tais como orientação, sensibilização, realização de citologia de colo uterino e solicitação de mamografia nas faixas etárias recomendadas e com periodicidade definidas nos protocolos clínicos. Faz monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise e das mamografias solicitadas. Realiza busca ativa das usuárias com exames alterados e encaminhamento ou realização da intervenção indicada, observando o tempo máximo para início do tratamento previsto em legislação.		

4.27	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 AB garante acesso a consultas e procedimentos a toda população de seu território, de todas as faixas etárias e gêneros (como adolescentes, idosos, homens, mulheres). Considera o contexto social e familiar dos indivíduos. Realiza atendimentos odontológicos e ações de promoção e prevenção, além de reabilitação protética quando indicado. Com relação a especificidades no atendimento à população, a equipe desenvolve no atendimento a população masculina ações de orientação e sensibilização para medidas de detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos, outros agravos do trato geniturinário, entre eles a disfunção erétil. Para o atendimento a adolescentes, a equipe pode e deve atender o (a) adolescente sem a presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, se assim ele (ela) desejar. Acompanha o crescimento e desenvolvimento por meio da identificação das variáveis pubertárias, fisiológicas normais e patológicas e de suas repercussões no indivíduo. Durante o atendimento de idosos, realiza		

intervenções para detecção precoce de deficiências auditivas, intelectuais, visuais, físicas, bem como das principais demências que incidem nessa população (Parkinson, Alzheimer etc.); identifica e capacita cuidadores que irão prestar cuidados em domicílio, quando necessário. Para o atendimento às mulheres, a equipe está atenta às mudanças fisiológicas e psicológicas do climatério. A equipe de AB oferta ações de promoção à saúde e prevenção de agravos a todos esses públicos-alvo, articulando equipamentos comunitários e outros setores. Intervém nos fatores de vulnerabilidade relacionados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, doenças crônicas e violências, apoiando e orientando as famílias. A equipe reconhece e respeita os direitos, hábitos culturais, orientação sexual, costumes e religião dos indivíduos que buscam o serviço.

4.28	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
<p>A equipe de AB reconhece, identifica e mantém registro atualizado das pessoas com doenças crônicas mais prevalentes, como por exemplo: hipertensão, diabetes, obesidade, asma e DPOC. Analisa periodicamente a população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco. A equipe contempla em sua rotina de trabalho a identificação dessas condições por meio de rastreamento, avaliação de sinais e sintomas e avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal - IMC). Após a identificação, registra dados, como data da última consulta, exames de acompanhamento e outras informações relevantes em sistemas de informação ou planilhas para acompanhamento das pessoas com doenças crônicas no território.</p>		

4.29	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
<p>A equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco e outras doenças associadas, suporte social e familiar e grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sociais da saúde. A equipe não limita dias específicos na agenda para cuidado das pessoas com doenças crônicas. A equipe oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.</p>		

4.30	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
<p>A equipe de AB avalia os usuários com asma e DPOC e estratifica o risco, considerando fatores como controle dos sintomas, resposta do usuário ao tratamento, condições de vida e sua capacidade de autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sociais da saúde. A equipe não limita dias específicos na agenda para cuidado das pessoas com asma ou DPOC. A equipe solicita espirometria às pessoas com asma ou DPOC</p>		

4.31	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
<p>A equipe de atenção básica desenvolve ações para apoiar o autocuidado e ampliar a autonomia das pessoas com doenças crônicas, suas famílias e seus cuidadores. Avalia o grau de motivação e capacidade de autocuidado, o suporte familiar e social, o conhecimento e o comportamento das pessoas com doenças crônicas (alimentação, atividade física, tabagismo, uso de medicamentos, condições de trabalho e de moradia); pactua metas factíveis do plano de cuidado, considerando grau de confiança e recursos individuais para mudança de comportamento; acompanha o alcance dessas metas; assiste aos usuários frente às dificuldades, orienta o auto-monitoramento e a solução de problemas e repactua metas e plano de ação, se necessário.</p>		

4.32	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
<p>A equipe analisa periodicamente a população cadastrada, considerando que a epilepsia é a condição neurológica grave de maior prevalência e acomete em torno de 1% da população em geral. A equipe atende as pessoas em crise epilética aguda por diversas causas (convulsões febris, agudização de síndromes epiléticas, entre outras); identifica e acompanha às pessoas com síndromes epiléticas em seu território, avaliando a repercussão no desenvolvimento e ajustando as doses de medicamentos de acordo com o peso e com a idade. Realiza a coordenação do cuidado da pessoa com epilepsia quando esta é referenciada ao especialista. Desenvolve ações de educação sobre a síndrome epilética e crises agudas com os agentes comunitários de saúde e com a comunidade.</p>		

4.33	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
<p>A equipe desenvolve as seguintes ações em relação à TB: (a) identificação de sintomáticos respiratórios por meio de busca ativa; (b) Acolhimento e priorização do sintomático respiratório (SR) na unidade de saúde¹(c) diagnóstico de dos casos de TB conforme a estimativa para o território; (d) realização de exame de cultura e teste de sensibilidade para 100% dos casos de retratamento e para as populações vulneráveis; (e) notificação dos casos diagnosticados, acompanhamento e tratamento em regime diretamente observado; (f) oferta do teste anti-HIV para 100% dos casos e referenciamento para os serviços de retaguarda para a coinfeção TB/HIV; (g) busca ativa de faltosos ao tratamento; (h) criação de estratégias de avaliação e terapia preventiva (quimioprofilaxia) nos comunicantes quando indicado; (i) reflexão sobre a temática da TB nas atividades de educação em saúde (j) registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.</p>		

4.34	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
<p>A equipe de AB desenvolve as seguintes ações em relação a hanseníase: (a) Identificar pessoas com sinais e sintomas sugestivos de hanseníase; (b) Realiza diagnóstico, acompanhamento e tratamento de acordo com esquemas terapêuticos preconizados; (c) Notificação dos casos suspeitos de hanseníase;(d) Registra o grau de incapacidade física em prontuários e formulários; (e) Orienta o paciente e a família sobre a doença e a realização de auto-cuidados; (f) Orienta técnicas de prevenção de incapacidades físicas;(g)Realiza exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realiza a vacinação com a BCG, conforme recomendações; (h) Realiza busca ativa de 100% dos faltosos; (i) Analisa os dados e planejar as intervenções; (j) Inserir a temática hanseníase nas atividades de educação em saúde e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, Conselho Local de saúde, associações de moradores,etc.); (k) registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.</p>		

4.35	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
<p>A equipe mapeia os serviços de acolhimento/abrigamento do seu território, realiza visitas e desenvolve ações de saúde (consulta, atividades de educação em saúde e outros) adaptadas às necessidades dessas pessoas. Identifica sinais de violências e realiza notificação dos casos suspeitos e confirmados; realiza reuniões com profissionais da assistência social (CREAS, CRAS, entre outros) para elaboração ou discussão de projetos terapêuticos singulares de intervenção conjunta.</p>		

4.36	A equipe de atenção básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe identifica as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental no seu território e faz o acompanhamento delas por meio de atividades individuais e/ou grupais. A equipe assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento destes casos, com ou sem o cuidado compartilhado com o NASF, e/ou outros pontos da rede de atenção psicossocial, quando necessário. Realiza atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares. Para isso, utilizam estratégias como: tempo maior de consulta, registro de história de vida, ferramentas de abordagem familiar, etc. A equipe tem o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos e realiza ações para os casos em que há indicação de retirada gradual da medicação.</p>		
4.37	A equipe de atenção básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente ou em grupo. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e acompanhamento, reinserção social e realiza o cuidado compartilhado com outros pontos da rede de atenção, quando necessário. A equipe faz atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.</p>		
4.38	A equipe de atenção básica identifica e acompanha as pessoas com deficiência de seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe identifica as pessoas com deficiência no seu território e faz o acompanhamento de rotina de acompanhamento de sua saúde geral por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento, visando a diminuição de barreiras e maior autonomia. Realiza referenciamento para a rede de reabilitação, quando necessário. Realiza atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado.</p>		
4.39	A equipe de atenção básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB oferta tratamento aos tabagistas e desenvolve ações educativas de prevenção, especialmente entre crianças e adolescentes. A equipe pergunta sobre o uso do tabaco a todos os usuários em todos os atendimentos e oferta tratamento aos tabagistas por meio de atividades coletivas e/ou individuais, podendo utilizar a abordagem cognitivo comportamental e apoio medicamentoso.</p>		

4.40	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
<p>A equipe de saúde identifica sinais de violência (intrafamiliar ou comunitária, como: violência doméstica, abuso sexual, maus tratos e outros) nas práticas de cuidado. Conhece e aciona os equipamentos sociais do seu território que apoiam no enfrentamento desses casos (Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, etc). Estabelece parceria com organizações não governamentais e/ou movimentos sociais, realiza campanhas e ou reuniões de esclarecimento da população sobre mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência. Desenvolve ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas como: diferenças, preconceitos, estigma social, pessoas com sofrimento psíquico, população de rua, questões étnicas e de gênero e outros.</p>		
4.41	A equipe de atenção básica desenvolve atividades abordando conteúdos de saúde sexual.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB lida com os temas e desenvolve ações educativas, abordando conteúdos como diversidade sexual, aconselhamento contraceptivo, relações sociais de gênero (machismo, orientação sexual), prevenção de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis (hepatites virais, sífilis, HPV, dentre outras) e considera essas questões na sua rotina de trabalho, tanto para abordagem, quanto para o cuidado cotidiano da população.</p>		
4.42	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
<p>A equipe oferece exames para testagem de HIV e triagem de outras DST, como hepatites virais, sífilis. Realiza aconselhamento em todas as situações. Nos casos positivos de HIV, a equipe faz busca ativa para comunicação, notificação e encaminhamento para o tratamento em unidade de referência, mantendo o acompanhamento dos casos na UBS. A equipe realiza o tratamento sintomático, notificação e investigação dos casos de DST identificados, incluindo as parcerias sexuais.</p>		
4.43	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
<p>A equipe se responsabiliza pelos procedimentos de vigilância epidemiológica sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios; reconhece surtos e ocorrências de caráter episódico; identifica e intervém nos agravos transmissíveis; realiza bloqueios e intervenções imediatas; além de desenvolver fluxo de identificação, investigação e notificação epidemiológica. A equipe registra as condições de saúde da população adscrita em prontuário, caderneta de saúde e/ou sistema de</p>		

informação, bem como analisa as informações obtidas para o planejamento das ações prioritárias para prevenção de doenças e promoção da saúde.

4.44	A equipe de atenção básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB desenvolve junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoques ambientais, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões como: importância do saneamento, melhoria da qualidade da água para consumo humano; destino do lixo; prevenção de acidentes; detecção de riscos a desastres naturais, bem como riscos físicos (torres de alta tensão/telefonia celular, estação e subestação elétrica); identificação de pessoas expostas a agrotóxicos, a indústrias poluentes ou a outros processos produtivos que utilizam substâncias químicas, assim como a qualquer outro contaminante químico ou poluente na água, solo e/ou ar que possa expor o indivíduo ou à coletividade a riscos à saúde.</p>		

4.45	A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe reconhece o usuário enquanto trabalhador nos diferentes momentos de abordagem (cadastramento familiar, acolhimento, consulta, visita domiciliar, grupos); identifica os riscos para a saúde e situações de vulnerabilidades a que esse trabalhador está ou esteve exposto; identifica e notifica nos sistemas de informação os casos, clinicamente declarados ou suspeitos, e, em parceria com a Vigilância Epidemiológica e outras formas de apoio matricial. Realiza a investigação epidemiológica dos casos suspeitos notificados, para a confirmação do diagnóstico fazendo relação com o trabalho; elabora e implanta o plano terapêutico e orienta o trabalhador sobre sua situação de saúde e de trabalho. As ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador devem ser articuladas às de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.</p>		

4.46	A equipe de atenção básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB investiga os casos de óbito infantil ocorridos em seu território preenchendo os instrumentos de coleta de informações (ficha de investigação domiciliar e ambulatorial disponibilizadas pela SES/SMS ou MS). A equipe orienta-se pelo Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do MS.</p>		

4.47	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
<p>A equipe conhece os aspectos epidemiológicos (índice de infestação predial, incidência, letalidade etc.) da dengue. Realiza ações de educação em saúde junto à população, articulando-se com a equipe de agentes de endemias e o supervisor de campo visando à erradicação dos focos do <i>Aedes aegypti</i>. Os</p>		

Agentes Comunitários de Saúde estão preparados para identificar casos suspeitos e orientar quanto aos sinais e sintomas da dengue no seu território, assim como, para realizar busca ativa dos casos suspeitos. A equipe está capacitada para realizar o atendimento dos pacientes sintomáticos (conhecendo as manifestações fisiopatológicas) de acordo com protocolo da SMS, SES ou MS, notificação e acompanhamento diário de casos suspeitos (com orientações aos usuários em relação aos sinais de piora, atenção ao período afebril, realização de hidratação na UBS) e fluxo de encaminhamento dos casos graves após estabilização seguindo o fluxo municipal/regional.

4.48	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 AB promove ou participa de encontros com a comunidade com o objetivo de incentivar a reflexão sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico do território. A equipe aciona os setores corresponsáveis pela qualidade da ambiência na qual se insere o conjunto da população; trabalha com a população do seu território aspectos que influenciam o processo saúde-doença, tais como o descarte do lixo, a qualidade da água, as queimadas e os desmatamentos e outras questões de responsabilidade social e sustentabilidade. A equipe tem os mesmos cuidados em seu ambiente de trabalho.		

4.49	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 utiliza a estratégia de grupos terapêuticos como oferta para potencializar o cuidado, e como metodologia, possibilita que este espaço possa trabalhar questões referentes ao senso de identidade, de coletividade, autoestima, autoexpressão, habilidades específicas, potencialidades e outras. A equipe entende que o grupo não deve estar centrado apenas no conhecimento dos profissionais de saúde, e tem como intuito proporcionar um espaço de relações e trocas interpessoais, buscando uma reflexão crítica sobre os modos de vida individual e coletiva, levando-os à expressão e à ressignificação de suas posições assumidas na vida através do processo de corresponsabilização, gestão do seu cuidado e ampliação da autonomia dos sujeitos e coletividades. Pode-se citar grupos de gestantes, grupo de tratamento do tabagismo, psicodramas, terapia comunitária, grupos de tai chi chuan, grupos de promoção da saúde, grupo de cuidadores, entre outros.		

4.50	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 AB incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física, como alongamento, capoeira, caminhada, dança, práticas orientais como lian-gong, tai-chi-chuan, chi-gong, entre outras. Busca potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas para ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de		

modos de vida mais saudáveis.

4.51	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
<p>A equipe de AB conhece os hábitos alimentares locais e identifica no momento da territorialização os pontos de venda, produção e distribuição de alimentos do seu território. Integra esse conhecimento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável que oferece durante as atividades realizadas na unidade de saúde ou outros espaços do território. A equipe de AB realiza orientações e atividades sobre alimentação adequada e saudável levando em consideração fatores como idade, gênero, raça e etnia, condições sociais, presença de agravos à saúde entre outras especificidades da população do seu território, de modo que as ações sejam adequadas aos distintos grupos. A equipe realiza vigilância alimentar e nutricional, considerando a avaliação antropométrica e do consumo alimentar nas diferentes fases da vida.</p>		

4.52	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
<p>A equipe de AB utiliza no desenvolvimento das ações de saúde práticas definidas pela PNPIC. São exemplos dessas práticas: Plantas Medicinais e Fitoterapia; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTC) e seus recursos terapêuticos (moxabustão, ventosas, eletroestimulação), práticas corporais e mentais da MTC (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui ná, e meditação); Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. Essas práticas são utilizadas no Projeto Terapêutico individual para ampliar a abordagem clínica e oferta terapêutica aos usuários.</p>		

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

A participação da comunidade - usuários, organização da sociedade, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social - nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso.

4.53	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 participa de iniciativas de desenvolvimento comunitário em conjunto com a população e/ou movimentos sociais. Considera a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, realiza ações/estratégias/projetos integrados com diversos setores governamentais e não governamentais.		

4.54	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
O plano de trabalho da equipe inclui agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e ONG, entre outras. Busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população.		

4.55	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 institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da AB.		

4.56	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
A equipe disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.		

N – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda da comunidade e uma tarefa essencial das equipes de atenção básica.

4.57	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
<p>A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio) em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde dos educandos como verificação do calendário vacinal, detecção precoce de agravos de saúde negligenciados, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, nutricional e de saúde bucal. No caso de educandos identificados com alterações nas condições de saúde, a equipe realiza encaminhamento para UBS ou serviço da RAS.</p>		

4.58	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
<p>A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio), conjuntamente com a equipe de saúde bucal, em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda aspectos de prevenção de agravos e promoção à saúde. Dentre as atividades desenvolvidas, as escolas contam com ações referentes à notificação da violência doméstica, sexual e outras violências; mapeamento das situações de risco de acidentes; atividades aproveitando os equipamentos sociais (ginásio de esportes, centros de convivência, praças, clubes, dentre outros) e interagindo com toda a comunidade local. Há orientação a jovens e adolescentes quanto à rede pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; comunidade escolar, pais e responsáveis são orientados em relação à importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e instituição da gestão escolar participativa com inclusão dos educandos; há Grupo Intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Desenvolve ações que refletem sobre o ambiente escolar, sem depredação do patrimônio público, favorece as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer.</p>		

4.59	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
<p>A equipe de AB, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, realiza atividades periódicas de formação utilizando estratégias como: oficinas, ensino à distância e apoio institucional; formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde; formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE através da realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos(as) professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de AB/SF, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde.</p>		
4.60	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
<p>A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, participa das reuniões de elaboração do PPP ou as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade. O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.</p>		
4.61	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, planeja e realiza as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este Grupo deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação; das equipes de AB/SF; dos educadores e equipes das escolas; dos educandos e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE e definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, dentre outros.</p>		

Anexo B-**Aprovação da Comissão Inter gestores Regionais - CIR da 19ª CRS/RS para autorização da realização da pesquisa.**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CIR – COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
REGIÃO DE SAÚDE 15 CAMINHO DAS ÁGUAS
RESOLUÇÃO Nº 27/2015 - 19ª CRS

Aprova o pleito do município de Três Passos que solicita autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Percepção de Usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS”

A Comissão Intergestores Regional – CIR da Região de Saúde 15 Caminho das Águas composta pela 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:

Resolve:

Art. 1º: **APROVAR** o pleito do município de Três Passos que solicita autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Percepção de Usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS”

Art. 2º: Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Frederico Westphalen, 27 de julho de 2015

Fernando Francisco Panosso
Delegado Regional de Saúde
19ª CRS

Anexo C- Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e conselheiros Municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS.

Pesquisador Responsável: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49534815.6.0000.5346

Submetido em: 24/09/2015


Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

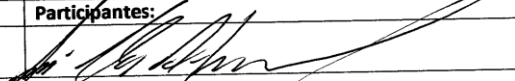
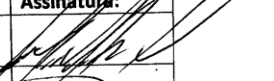
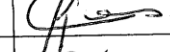
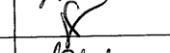
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio









Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_581199

Anexo D- Ata da Oficina de Apresentação do Projeto de Pesquisa.

Ata nº: 01	Assunto: APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	Data: 04.03.16
	<p>Realizou-se explicação sobre o Projeto de Pesquisa "A Implantação do PAVAR em municípios do ARIAS: A Percepção dos Usuários sobre as Modalidades Trazidas pelo Programa." Resumido Projeto, temática, abordagem de Pesquisa, bem como metodologia adotada para resultados nos municípios. Abordando também Pesquisa de Percepção e Relação Inter-relativa que envolve o estado da arte no presente Projeto. Abordando também os resultados da Pesquisa sobre no Projeto Através da coleta de dados, sendo que foram levantados os interesses em trabalhar no Projeto. Em mais evidência a importância de se criar um plano de trabalho e demais possibilidades.</p>	
	Participantes:	Assinatura:
01		
02	Senira Catarina Dall'Amo	Senira
03	Luiz Rogério Barros	
04	Lorena D. N. Lorenzon	
05	Lorena Junghein Maya	LM
06	Regiane Godin	R
07	Francieli Gelain	FGelain
08		
09		
10		

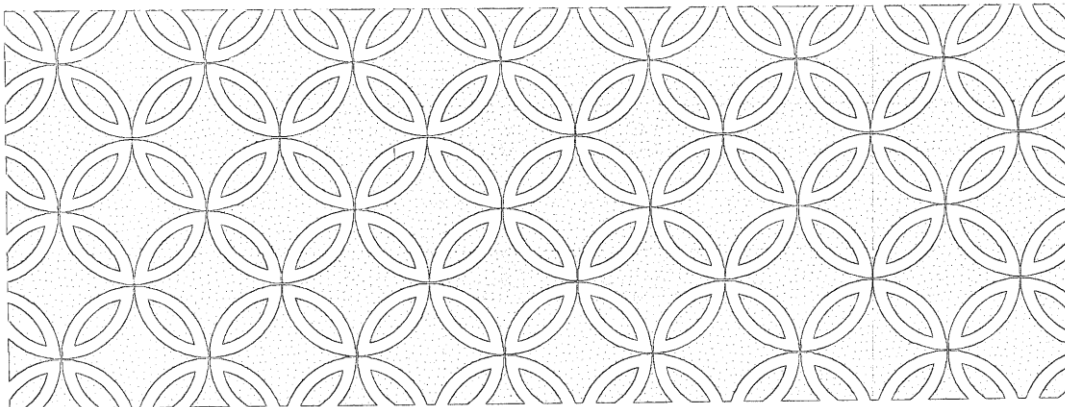
Anexo E- Ata da Oficina de Qualificação para Coleta de Dados em Pesquisa Qualitativa.

Ata nº: 03	Assunto: OFICINA DE COLETA DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA	Data: 23/03/16
<p>No DIA 23 DE MARÇO FOI REALIZADA UMA OFICINA SOBRE A COLETA DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, CONTANDO COM A PARTICIPAÇÃO DE SETE ENFERMEIRAS/ENTREVISTADORAS E O GRUPO DE PESQUISA TRABALHO, SAÚDE, EDUCAÇÃO E ENFERMAGEM.</p> <p>A OFICINA ABORDOU TEMAS SOBRE PESQUISA QUANTITATIVA E QUALITATIVA E SUAS ESPECIFICIDADES. ABORDOU O CONCEITO DE ENTREVISTA, SUA CLASSIFICAÇÃO, ALGUNS CUIDADOS IMPORTANTES E COMO DEVE OCORRER A ENTREVISTA INDIVIDUAL, A FIM DE QUALIFICAR O PROCESSO DE ENTREVISTA E PREPARAR AS ENTREVISTADORAS PARA CAMPO, COM SEGURANÇA SOBRE O INSTRUMENTO DE COLETA.</p>		
Participantes:		Assinatura:
01	ISABEL CRISTINE OLIVEIRA	
02	Vanessa Rodrigues Pucci	Pucci
03	Kouama Flores da Silva	
04	EDUARDA SIGNOR	Signor
05	André Oliveira	
06	Priscila de Aguiar	Priscila Aguiar
07	Regina Gudim	
08	Tancieli Gelain	Gelain
09	Bônia Jungklemm Mayer	
10	Tereza Kelly Nagel da Silva	

- 11 - Lucia Regina Barros.
- 12 - Senira Catarina Galvão


Sen

Anexo F- Material da Oficina “Status Gravando”.



STATUS GRAVANDO

DICAS:

- Entrevista
- Gravação de áudio
- Transcrição de dados

ENTREVISTA

Objetivo é conseguir informações ou coletar dados que não seriam possíveis somente através da pesquisa bibliográfica e da observação.

FASES DA ENTREVISTA

Fases da entrevista.

*1ª fase: extensamente discutida, um roteiro foi elaborado.

*2ª fase: a entrevista propriamente dita, ou seja, o processo de coleta de dados.

*3ª fase é o processo de transcrição.

EM TODAS ESTAS FASES O PESQUISADOR VAI EM BUSCA DO OBJETIVO DE PESQUISA

COMO PROCEDER NA ENTREVISTA

*Apresentação;

*Objetivo da pesquisa;

*Quanto mais subsídios melhor;

*Ouvir a entrevista (Dados são suficientes? Qualidade do áudio?).

PERGUNTAS PREVIAMENTE ELABORADAS.

NOTE:

*No momento da entrevista, é possível perceber o que está acontecendo e anotar as observações.

*É possível relacionar o que está sendo perguntado com as reações do entrevistado.

*É possível fazer várias leituras do material para entender e compor os dados.

GRAVANDO ÁUDIOS

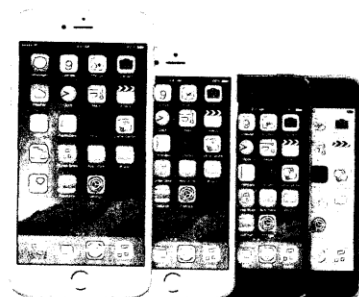
Cada smartphone possui um sistema operacional: iOS, Android, Windows Phone..

Os smartphones com sistema operacional iOS já contam com um app de fábrica para gravação de voz.

Nos aparelhos Android, a função é encontrada apenas em alguns modelos. O usuário pode optar por aplicativos gratuitos que cumprem muito bem essa função. O Gravador de Voz Avançado (<http://zip.net/bmq3sF>) é um deles.

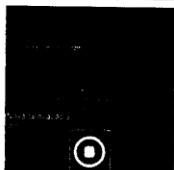
Já no Windows Phone, é possível optar pelo Gravador Pro (<http://zip.net/bpq37D>), que também é gratuito.

IOS



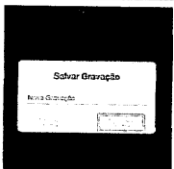
1. Abra o aplicativo "Gravador" e clique no botão vermelho.

Foto: Reprodução



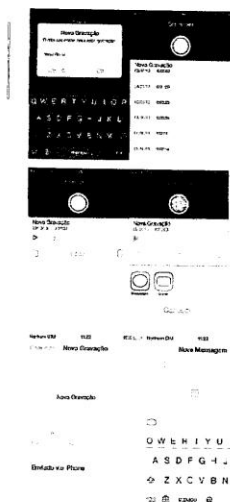
2. Comece a gravar e, quando quiser parar, selecione o quadrado vermelho.

Foto: Reprodução



3. Escolha a opção "Concluído" e nomeie o arquivo. Agora é só clicar em "Salvar" para adicioná-lo à biblioteca.

Foto: Reprodução

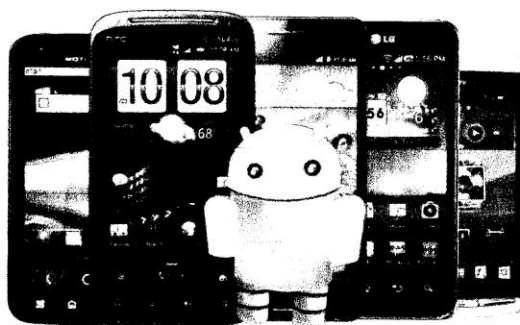


4. Coloque o nome da gravação, toque em "OK" e veja que ela aparecerá em uma listagem no inferior na tela;

5. Toque na gravação para abrir o menu de compartilhamento, indicado por um quadrado com seta no lado esquerdo do visor. Em seguida serão exibidas as opções de envio por "E-mail" ou "Mensagem". É possível compartilhar com você mesmo ou com seus amigos;

6. Toque no modo preferido (e-mail ou mensagem), insira os dados do destinatário e envie.

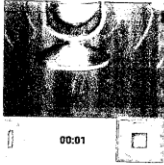
ANDROID





1. Abra o "Gravador de Voz Avançado" e clique no botão com a bolinha vermelha para iniciar a função.

Foto: Reprodução



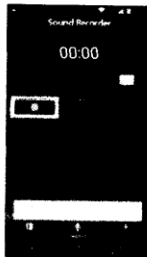
2. Escolha o botão com o quadrado quando quiser encerrar a gravação.

Foto: Reprodução



3. Para acessar sua biblioteca de gravações, basta clicar no botão com o símbolo triangular.

Foto: Reprodução



1. Toque no botão "Recorder", destacado em vermelho na imagem, para começar a gravar o áudio;



2. A mensagem "Gravação..." na área de notificações, assim como uma barra azul, indica que o som está sendo gravado. Quando tiver encerrado a gravação, pressione o botão "Stop";



3. Agora aperte o "Play" para ouvir a gravação. Se o resultado final não tiver agradado, clique em "Descartar" para excluir o áudio. Será aberta uma pequena caixa de diálogo, na qual é preciso apertar "Ok" para confirmar a operação;

WINDOWS PHONE



1. Abra o "Gravador Pro" e clique no ícone de um microfone (localizado na parte inferior da interface) para começar a gravar.

Foto: Reprodução



2. Clique no botão vermelho para parar a gravação. Assim que isso é feito, o arquivo é enviado automaticamente para a biblioteca do app.

Foto: Reprodução

CENTRAL DE ARMAZENAMENTO

- *Imprensa (Elenara)
- *LEVAR: cabo do celular e pen drive
- * Definir dias da semana e datas

1- TRANSCREVENDO

*A transcrição pode ser entendida como uma das várias fases da entrevista.

*Na transcrição, o enfoque será naquilo que foi ou não falado, pois é isso que é feito numa transcrição: transcreve-se o que foi falado, mas pode-se perceber o que foi ou não perguntando, o que foi ou não respondido e no que está inaudível ou incompreensível. Ou seja, ao transcrever, o pesquisador irá escutar, várias vezes, as verbalizações gravadas. Será necessário, por diversas vezes, retroceder para escutar e reouvir pequenos trechos gravados para poder transcrever, fielmente, o que foi dito.

*É possível interpretar a transcrição como uma pré-análise.

MUITO OBRIGADA!

Elenara de Oliveira
Jornalista – Registro Profissional nº 17796

Email:

elenara.oliveira@yahoo.com.br
assimprensa3p@gmail.com

Telefone/ Whatsapp

(55) 9614 4666

Anexo G- Ata da Oficina "Status Gravando"

Ata nº: 04	Assunto: Oficina: Integração de Atividades	Data: 08/04/16
	<p>Realização Oficina de revisão de legislação e atualizações de procedimentos de ensino, elaboração de planos de ensino e avaliação de aprendizagem com o objetivo de:</p>	
	Participantes:	Assinatura:
01	Tarciso Bique Nogueira	Tarciso Bique
02	Regiane Lacerda	Regiane
03	Gisela Fraya	Gisela
04	Lucia Regina Barros	Lucia
05	André V. Oliveira	André
06	Franciele Gelain	Franciele
07	Tais Somente Salla Mora	Tais
08		
09		
10		