



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Karine Cardoso Fontana

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O
PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA
EM SANTA CATARINA**

**Florianópolis/SC
2015**

Karine Cardoso Fontana

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O
PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA
EM SANTA CATARINA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Josimari Telino de Lacerda

**Florianópolis/SC
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fontana, Karine Cardoso.

F679a Avaliação da gestão municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Santa Catarina /, Karine Cardoso Fontana; Orientador, Josmari Telino de Lacerda. - Florianópolis, SC, 2015.
136p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

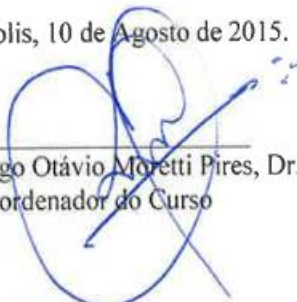
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Processo de Trabalho. I. Lacerda, Josmari Telino de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Karine Cardoso Fontana

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O PROCESSO
DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA
CATARINA**


Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título
de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 10 de Agosto de 2015.




Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA



Prof. Josimari Tefino de Lacerda, Dr.
UFSC (Orientador)



Prof. Claudia Flemming Colussi,
Dr.
UFSC



Prof. Angela Maria Blatt Ortega,
Dr.
UFSC



Prof. Maria Cristina Marino Calvo,
Dr.
UFSC

*Dedico este trabalho à minha família:
pelo amor e por me mostrarem a direção
correta, pelo apoio, confiança e motivação
incondicional. Que sempre me impulsiona em
direção às vitórias dos meus desafios.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por me amparar nos momentos difíceis e por colocar em meu caminho pessoas amigas e preciosas que me deram força interior para superar as dificuldades.

Um agradecimento muito especial à professora doutora Josimari Telino de Lacerda, minha “orientadora”, pela paciência e pela competência em conduzir este estudo, por acreditar em mim, por sua ajuda nos momentos mais críticos e por contribuir para o meu crescimento profissional.

A doutoranda Patrícia Maria de Oliveira Machado, por fazer parte desta trajetória, sua participação foi fundamental para a concretização deste trabalho.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao meu noivo Edgar, que esteve sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

À minha colega de mestrado Rosiane Kniess que compartilhou comigo momentos de aprendizado e pelas palavras de encorajamento.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

Aos meus colegas de trabalho que sempre estiveram do meu lado dando força e apoio.

A todos os colegas e professores do programa de pós-graduação em saúde coletiva da UFSC que fizeram parte dessa caminhada.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

FONTANA, Karine Cardoso. **Avaliação da gestão municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Santa Catarina**. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Josimari Telino de Lacerda

RESUMO

A Atenção Básica (AB) é fundamentada na atenção integral à saúde e na hierarquização da atenção, territorialização, cadastramento da população e realização das ações por equipe multiprofissional, responsável pelo primeiro contato, longitudinalidade do cuidado e coordenação das redes de atenção à saúde. Cabe aos gestores municipais assegurar condições para que a gestão do processo de trabalho na AB contemple um conjunto de ações coordenadas e orientadas para efetivação de todos os componentes neste nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa avaliativa das ações da gestão municipal do processo de trabalho na atenção básica. Sua execução contemplou duas etapas: a) construção do Modelo de Avaliação e b) classificação dos municípios catarinenses. Uma revisão documental e bibliográfica orientou a estruturação da proposta de modelo avaliativo discutido e validado junto a um grupo de especialistas, em reuniões cujas decisões foram assumidas por consenso. O modelo está estruturado em 22 indicadores agregados em seis subdimensões e duas dimensões que analisam **Aspectos Estruturais** e **Processuais** importantes para o trabalho na AB. Para a análise, foram utilizados os dados do ciclo 2 da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O universo do estudo foi composto pelos municípios catarinenses que participaram do PMAQ, com adesão de, pelo menos, 80% das equipes de saúde (n=271), o que corresponde a 91,9% do total de municípios de Santa Catarina. A gestão municipal obteve melhor classificação nas **Condições Estruturais**. Disponibilidade de serviços com regularidade e para além do horário comercial, de modo a garantir acesso a toda população, e a normatização do cuidado são as maiores debilidades nessa dimensão de análise. Aspectos da *Organização do Trabalho* e da *Coordenação do Cuidado* foram avaliados como bons em apenas 7% dos municípios, com destaque para debilidades nas “Ações intersetoriais”, “Ações compartilhadas”, “Acompanhamento” e “Responsabilização” do cuidado. Observou-se que os municípios localizados na região oeste do Estado possuem melhor classificação quando comparados aos localizados nas Regiões Central e Litorânea de Santa Catarina.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Processo de Trabalho.

ABSTRACT

The primary health care is based on integral attention to health and tiering of attention, territorialization, registration of the population and implementation of actions by multidisciplinary teams, responsible for the first contact, longitude of care and coordination of health care networks. It is up to municipal managers to ensure conditions so that the managing of the working process in primary health care contemplates a coordinated and targeted set of actions for execution of all components at this level of attention. It is an evaluative survey of the actions of municipal management of the process of work in the primary health care. It's implementation contemplated two phases: a) construction of the Evaluation Model and b) classification of municipalities in Santa Catarina. A documentary and bibliographical review guided the structuring of the discussed and validated proposal of the evaluative model by a group of experts in meetings whose decisions were taken by consensus. The model is structured on 22 indicators aggregated in six sub-dimensions and two dimensions that analyze structural and procedural aspects of the work in primary health care. For the analysis were used data from cycle 2 of the external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (known in Brazil as PMAQ). The universe of study were the Santa Catarina municipalities that participated in the PMAQ with accession of at least 80% of the health teams (n=271), which corresponds to 91.9% of the municipalities of Santa Catarina. The municipal administration has obtained better performance in ensuring structural conditions. Regular availability of services and after business hours in order to ensure access to the entire population, and the standardization of care are the main weaknesses found in this dimension of analysis. Aspects of work organisation and coordination of care were rated as good in only 7% of the municipalities, highlighting weaknesses in the intersectoral actions, shared actions, monitoring and accountability of care. It was observed that municipalities located in the western region of the state have better grades when compared to the located in the central and coastal regions of Santa Catarina.

Keywords: Primary Health Care. Health Assessment. Work Process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico-lógico da gestão municipal para o processo de trabalho na Atenção Básica.....58

Artigo:

Figura 1. Avaliação da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na ABS85

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Matriz de análise e julgamento (MAJ) da gestão municipal para o processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde..... 62

Tabela 1. Distribuição dos municípios catarinenses segundo porte populacional e número de equipes da AB em 2013, e comparação com o número de municípios que aderiram com o mínimo de 80% das equipes ao PMAQ 2013. 66

Artigo:

Quadro 1. Matriz de Análise da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde..... 75

Quadro 2. Matriz de Julgamento da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde..... 81

Tabela 1. Número e Percentual de Municípios segundo a classificação na avaliação da gestão municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde para indicadores, subdimensões, dimensões e gestão..... 83

Tabela 2. Avaliação da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde, segundo o Porte Populacional. 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	– Atenção Básica
ABS	– Atenção Básica em Saúde
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	– Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
AMQ	– Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	– Atenção Primária em Saúde
CAA	– Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CSM	– Centro de Saúde Murialdo
DAB	– Departamento da Atenção Básica
EAB	– Equipe de Atenção Básica
ELB	– Estudos de Linha de Base
ESF	– Equipe de Saúde da Família
EPS	– Educação Permanente em Saúde
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPAS	– Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	– <i>Primary Care Assessment Tool</i>
PLS	– Planejamento Local em Saúde
PMAQ	– Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PPGSC	– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PROESF	– Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	– Programa Saúde da Família
QualiAB	– Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
RAS	– Rede de Atenção à Saúde

- SC – Santa Catarina
- SSC – Serviço de Saúde Comunitária
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidades Básicas de Saúde
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- USC – Unidades de Saúde Convencionais
- USF – Unidade de Saúde da Família
- WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	25
3.1.1 Atenção básica no SUS.....	30
3.1.2 O processo de trabalho na atenção básica.....	35
3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	44
3.2.1 Avaliação do processo de trabalho na atenção básica.....	46
4 METODOLOGIA	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	57
4.2.1 Construção do modelo avaliativo.....	57
4.2.1.1 O modelo teórico-lógico.....	57
4.2.1.2 Matriz de análise e julgamento.....	60
4.2.2 Classificação dos municípios	66
4.2.3 Análise de dados	67
4.3 ASPECTOS ETICOS	67
5 RESULTADOS.....	69
5.1 ARTIGO: O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: AVALIAÇÃO DA GESTÃO.....	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A: Matriz de avaliação e julgamento composta das dimensões, subdimensões, indicadores, parâmetros e medidas utilizadas na avaliação	

	da gestão municipal do processo de trabalho da atenção básica.....	127
APÊNDICE B:	Medidas utilizadas na matriz avaliativa e respectivos parâmetros segundo o porte populacional.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de democratização da sociedade brasileira culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe profundas mudanças, principalmente para a administração municipal, a qual ganhou autonomia e atribuições para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo central. Nos artigos 196 a 200 da Constituição, foram incorporados os princípios da reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para operacionalizar o sistema, a gestão dos serviços passou a se organizar de forma descentralizada, os municípios assumiram responsabilidades crescentes, tornando-se protagonistas da gestão do sistema de saúde em seu território e responsáveis pela Atenção Básica – AB (SOLLA, 2010; BRASIL, 2011a; FLEURY, OUVÉNEY, 2012).

Nos últimos vinte e cinco anos, diversas políticas foram implantadas para a estruturação e operacionalização de ações, serviços, tecnologias e insumos voltados ao desenvolvimento da AB com vistas à necessidade de mudança na forma de fazer saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que as ações desenvolvidas no primeiro nível de atenção do sistema devem ser caracterizadas por estratégias de âmbito individual e coletivo que englobem desde a promoção até a reabilitação da doença, desenvolvendo atenção integral à saúde da população de forma a modificar a situação de saúde, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011a).

Assim, no âmbito municipal a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação das políticas do SUS, para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde e para o atendimento das necessidades da população (BRASIL, 2011a; FERREIRA, 2012). Os gestores municipais apresentam-se como peças fundamentais na produção de saúde, responsáveis pela construção de modelos de atenção que cumpram com os princípios do SUS. Neste sentido, a implantação de mecanismos que monitorem a qualidade da AB é fundamental, uma vez que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de suporte administrativo, condições adequadas de estrutura e organização de processos de trabalho para o atendimento da população adstrita e resolução dos problemas de saúde da população.

Desde 2003, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da AB (FELISBERTO, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; FELISBERTO et al., 2009; SANTANA et al., 2013). A iniciativa mais recente para a implantação de processos avaliativos sistemáticos sobre a atuação das equipes no âmbito da AB foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem o objetivo de avaliar aspectos estruturais oferecidos pela gestão municipal, aspectos do processo de trabalho desenvolvidos pelas equipes e de satisfação do usuário, porém, ao emitir o julgamento, o faz de maneira global, com foco na qualidade da atenção e no acesso aos serviços (BRASIL, 2011b).

Santa Catarina destaca-se como um dos Estados com maior adesão ao PMAQ nos dois ciclos de análise. No primeiro ciclo, 257 municípios (87,7%) e 1.107 equipes da Estratégia Saúde da Família (77,9%) aderiram ao processo de avaliação externa do PMAQ-AB, enquanto no segundo a adesão municipal foi de 99,3%, incluindo 91,6% das equipes existentes no Estado. Em nível nacional, a adesão dos municípios no ciclo 1 foi de 71,3%, com 52,3% equipes participantes, e, no segundo ciclo, 93,5% e 89,7%, respectivamente.

A ampliação do acesso e estruturação dos serviços de atenção básica no país, aliada aos desafios enfrentados pela gestão municipal para efetivar a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil (PAIM et al., 2011), orientou esta pesquisa, desenvolvida por meio da questão norteadora: a gestão municipal proporciona condições para que o processo de trabalho das equipes de AB ocorra conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica?

A presente dissertação está estruturada em seis capítulos, iniciando por introdução e objetivos, para delimitação do objeto de estudo. O terceiro capítulo refere-se à revisão bibliográfica e tem como finalidade revisar a literatura pertinente à temática; o quarto capítulo descreve a metodologia da pesquisa. Os demais capítulos apresentam os resultados conforme orientação do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em formato de artigo científico, seguidos pelas considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexos do trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações da gestão municipal para o processo de trabalho na atenção básica em Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Propor um modelo de avaliação para a gestão municipal do processo de trabalho na atenção básica em Santa Catarina;

Classificar os municípios catarinenses participantes da avaliação externa do PMAQ, em 2013, quanto à gestão municipal do processo de trabalho na atenção básica.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Atenção Primária à Saúde (APS), de forma geral, é denominada como primeiro nível de atenção do sistema de saúde, de fácil acesso, direcionado a cobrir e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA, 2012). Em termos históricos, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) relata que a APS foi conceituada pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, como a assistência essencial prestada ao nível mais próximo da população, utilizando, para tanto, tecnologias e ferramentas acessíveis (OPAS/OMS, 1979).

Este nível de atenção tem sido considerado indispensável para a efetividade dos sistemas de saúde e para garantia de melhoria das condições de vida da população. A boa organização dos serviços de APS contribui com impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema, como menores taxas de incidência de doenças e de internação hospitalar, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Sistemas organizados a partir da APS são considerados mais aptos para conter a elevação acelerada dos gastos com tecnologias e, portanto, são menos onerosos (GIOVANELLA, 2012).

Embora haja consenso em relação à importância da APS, o mesmo não ocorre quanto à sua definição. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), há três interpretações principais da APS: atenção primária seletiva, nível primário do sistema de saúde e estratégia de reordenamento do sistema de saúde (OPAS, 2010).

A APS, como atenção primária seletiva, abrange a concepção de um programa destinado a atender a população menos privilegiada, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. A APS, na qualidade de nível primário do sistema de saúde, é interpretada como o modo de organizar a porta de entrada do sistema, tornando o serviço resolutivo sobre os problemas mais comuns.

A APS, na qualidade de estratégia de reordenamento do sistema de saúde, é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica articulação deste primeiro nível com uma rede de atenção à saúde – RAS (OPAS, 2011).

Essas três formas de organização e operacionalização são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem simultaneamente dentro de uma mesma nação (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Na Declaração de Alma-Ata, ganhou destaque a concepção da APS de forma abrangente, como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores, de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos, de caráter socioeconômico (OPAS/OMS, 1979).

Nos países europeus e no Canadá, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, realizado por meio de serviços ambulatoriais não especializados, incluindo um leque abrangente de ações preventivas e curativas que orientam a organização de todo o sistema. Muitas foram as reformas empreendidas nesses países, desde os anos 1990, com objetivo de aumentar o protagonismo da APS e promover a coordenação dos cuidados, tanto para enfatizar a universalização do acesso, a equidade e a integração como princípios, quanto a regionalização e a hierarquização como estratégias (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003; GIOVANELLA, 2008; LAVRAS, 2011; SILVA, 2011; GIOVANELLA, 2012).

Na América Latina, diferentemente da realidade europeia, as experiências de APS assumiram conformação de programas verticais, seletivos e focalizados para os mais pobres, executados em serviços precários e de baixa qualidade. O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos, de forma isolada (GIOVANELLA, 2012). Esse quadro foi agravado com as políticas macroeconômicas de ajuste estrutural, nos anos 1980 e 1990, com agências internacionais induzindo propostas de APS seletiva (CONILL; FAUSTO, 2007; CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). A partir de meados dos anos 2000, com as mudanças em alguns governos, iniciaram-se processos de reforma com vistas a superar a segmentação e a fragmentação dos sistemas e fortalecer a APS: na Argentina, a partir de 2004, no Paraguai,

a partir de 2008, e no Uruguai, a partir de 2007. Contudo, permanecem desafios relacionados ao contexto histórico-institucional de cada país para a consolidação da APS como estratégia estruturante de seus sistemas de saúde (CONIL; FAUSTO, 2007; BURSZTYN et al., 2010; PEREIRA et al., 2012).

As reformas em saúde resultaram em diferentes formatos organizacionais da APS nos países da América Latina. Bolívia, El Salvador e Nicarágua assumiram uma APS seletiva no interior de programas materno-infantis, focalizada em grupos prioritários. Na Costa Rica e no Chile, a APS é porta de entrada e eixo estruturante de um sistema público, com manutenção do *mix* público/privado na oferta de serviços. Iniciativas isoladas de governos municipais, na perspectiva de integração da APS em sistemas baseados em seguros, cuja lógica geral continua essencialmente voltada à atenção médica curativa e centrada na instituição hospitalar, são identificadas na Argentina e na Colômbia (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). Na Venezuela, a APS constitui o primeiro nível de atenção, com os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças no marco do enfoque promocional de qualidade de vida e saúde. No Uruguai, a APS foi assumida como estratégia para reorganização do sistema de saúde (PEREIRA et al., 2012).

A APS brasileira diferenciou-se de uma abordagem seletiva, pois não se limitou a um conjunto restrito de intervenções focalizadas em grupos populacionais pobres e não se restringiu ao primeiro nível, estando articulada a um sistema universal solidário que garante atenção em todos os níveis (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

A OPAS lançou, em 2005, o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, o qual reconheceu os problemas decorrentes da hegemonia do modelo da APS seletiva diante dos novos desafios para a melhoria da saúde, além de reafirmar a necessidade de focar o sistema como um todo e a APS como centro estruturador. Essa visão da APS representou uma reviravolta nas propostas defendidas até então, pois afirmou como valor central o direito ao mais alto nível de saúde possível e, como elementos estruturadores, a cobertura e o acesso universais, atenção integral, ênfase sobre a prevenção e a promoção, participação social ativa, organização e gestão otimizados e recursos humanos apropriados, além da garantia de recursos suficientes para cobertura e acessibilidade universais (OPAS/OMS, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que, comemorando 30 anos da Declaração de Alma-Ata, publicou o Relatório Mundial de Saúde de 2008, “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do

que Nunca”, dando novo impulso à revitalização da APS abrangente. O Informe aponta a APS como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece que a atenção primária integral de qualidade requer mais investimentos e deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. A proposta foi baseada em uma atenção primária que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura e garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade, ao longo de todo o ciclo vital (WHO, 2008).

Para desenhar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde, é necessário analisar os principais atributos de uma APS abrangente. Nesta perspectiva, Barbara Starfield, médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de APS: ser a base que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promover a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: → de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema, ou novo episódio de um problema, para o qual se procura o cuidado (STARFIELD, 2002). Pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o recurso prioritário em caso de necessidade ou problema de saúde. Para cumprir esse requisito, é necessário, também, que a APS se configure como local obrigatório para acesso aos serviços especializados, uma espécie de filtro para esse tipo de atendimento, o mecanismo chamado de *gatekeeper* (porta de entrada obrigatória). A garantia de acesso aos serviços especializados é requisito obrigatório para uma APS abrangente (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família (STARFIELD, 2002).

Esse atributo é essencial para uma abordagem mais integral e

humanizada dos problemas de saúde e para uma orientação promotora de saúde, na medida em que os profissionais passam a conhecer as pessoas sob sua responsabilidade e essas, os profissionais a que estão vinculadas. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo os encaminhamentos desnecessários a especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. Dentre os benefícios da longitudinalidade, destacam-se: melhor prescrição de imunizações, melhoria na realização de exames para detecção de câncer de mama, uso mais adequado dos serviços e menor número de hospitalizações para problemas ambulatoriais simples (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2011).

Integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (STARFIELD, 2002). A equipe deve ser capaz de reconhecer um amplo espectro de necessidades relacionadas à saúde e disponibilizar as respostas adequadas, as quais incluem ações preventivas e curativas a todas as faixas etárias, desenvolvidas tanto na unidade de saúde quanto fora dela. A integralidade é avaliada, portanto, pela medida com que a amplitude dos serviços disponíveis permite atender às necessidades da população de forma adequada. Os benefícios da integralidade são semelhantes aos das ações preventivas e da prestação de serviços adequados a necessidades específicas (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Coordenação do cuidado implica capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem acompanhamento constante (STARFIELD, 2002). A coordenação do cuidado assume papel cada vez mais relevante em função da necessidade de consulta a diferentes especialistas. Como nem todas as necessidades podem ser resolvidas na APS, as pessoas são encaminhadas a outros serviços, mas as informações relativas a esses atendimentos devem estar disponíveis para a equipe da APS, responsável por garantir a continuidade da atenção. É o chamado processo de referência e contrarreferência (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA 2013). Sem uma coordenação adequada dessas ações, com a transferência de informações necessárias e o retorno do paciente ao profissional da APS que o encaminhou, ocorre uma fragmentação do cuidado, com consequências

negativas para a melhoria da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A interpretação destes quatro atributos exige um olhar voltado para grupos sociais específicos, supõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento (SOUSA; HAMANN, 2009). Embora a APS tenha ocupado lugar central na nova agenda em saúde, ainda há numerosos desafios a serem enfrentados, com destaque para a estruturação das redes e a mudança no modelo de atenção à saúde, fundamentais para a solidificação da APS como estratégia estruturante do SUS no Brasil (PEREIRA et al., 2012).

3.1.1 Atenção básica no SUS

Na política de saúde brasileira, predomina a utilização do termo “Atenção Básica” para caracterizar o primeiro nível da atenção no SUS, criado a partir da Constituição de 1988 e regulamentado com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde n^{os} 8.080 e 8.142, de 1990.

Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas a responder às necessidades de saúde da população e apoiar a mudança na organização da AB surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (SANTOS; MERHY, 2006; SUMAR; FAUSTO, 2014). O PSF expandiu-se rapidamente e passou a assumir o *status* de "estratégia". Com a rápida expansão da ESF, a AB no Brasil fortaleceu-se ancorada nos princípios de integralidade e hierarquização da atenção, territorialização, cadastramento da população e equipe multiprofissional, reafirmando a importância de um novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde (CONILL, 2008; SILVA; CALDEIRA, 2010).

A descentralização das ações e serviços de saúde habilitou os municípios a desempenharem papel principal na gestão plena do sistema de saúde e no cumprimento das pactuações definidas em foros intergestores de negociação (BARRETO, 2004). Esse método de gestão tem se estabelecido, portanto, como espaço privilegiado para implementação das políticas de saúde (VILASBÔAS; PAIM, 2008; PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Ainda assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão, tanto pelo acolhimento de novas responsabilidades como

para o estabelecimento de mudanças locais (CASTRO; VILAR, 2005). A habilidade do gestor em estabelecer medidas locais que reduzam o risco de doenças e de outros agravos possibilita o acesso de cada município às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde, e traduzem a qualidade da gestão municipal da AB (SCARATTI; CALVO, 2012).

Sob forte indução da esfera federal, os municípios brasileiros ampliaram a oferta dos serviços de saúde na AB, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), como estratégia prioritária para melhoria da qualidade (GIOVANELLA et al., 2010; TANAKA, 2011; BRASIL, 2012; FARIA, 2013; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013). O esforço de expansão da assistência em saúde, por meio do fortalecimento da AB, trouxe mudanças significativas à organização do modelo assistencial, historicamente caracterizado pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde (GIOVANELLA et al., 2010; TANAKA, 2011).

A AB deve ser capaz de detectar as reais necessidades e problemas de uma população, orientando-se pelos princípios do SUS da universalidade, equidade, integralidade, controle social e hierarquização, bem como pelas características da Política Nacional da AB, de acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e aumento de clientela, responsabilização, humanização e ordenadora da rede de atenção (MENDES, 2002; BRASIL, 2006; FAUSTO; MATTA, 2007; CAMPOS et al., 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MENDES, 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010; GIOVANELLA, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Para que a AB seja capaz de oferecer uma atenção integral, é fundamental que a gestão permita a interação ativa entre provedor e usuário, sob forma de acolhimento – atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar, de forma humanizada, os usuários e suas demandas (TEIXEIRA, 2005; CAMARGO JR. et al., 2008). A partir do atendimento das necessidades de saúde, este nível de atenção quase sempre é capaz de solucionar a maioria das demandas de saúde da população, garantindo a oferta de atenção integral aos problemas mais frequentes e a organização dos encaminhamentos necessários (CECÍLIO, 2001; STARFIELD, 2005).

Algumas propostas com foco nas necessidades de saúde da população, baseadas nos princípios do SUS, foram implantadas na AB, como vigilância da saúde, ações programáticas de saúde e promoção da

saúde.

A vigilância da saúde tem como características: intervenção sobre problemas de saúde, distinguindo danos, riscos e determinantes socioambientais; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações de promoção, prevenção e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2008; PAIM, 2009).

As ações programáticas em saúde têm como principais características a organização do trabalho a partir de programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais e a padronização de fluxogramas de atividades, que podem ser eventuais, de acordo com a demanda espontânea ou com demanda organizada, concentrando suas ações no interior das unidades de saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2008; PAIM, 2009).

A promoção da saúde que resgata o conceito de saúde como prática socialmente construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos, envolve medidas que se aplicam à melhoria das condições e dos estilos de vida, apoiando-se na formulação de políticas intersetoriais (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2008; PAIM, 2009; BODSTEIN, 2009).

Em 2006, a AB passou a contar com o suporte legal de uma PNAB, a partir da publicação da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no SUS. A PNAB é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do sistema de saúde brasileiro, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Este documento contempla todo o funcionamento e organização da AB, inclusive as responsabilidades de todas as esferas governamentais (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNAB, a Atenção Básica caracteriza-se por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que

impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território [...]. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011a).

Uma nova versão da PNAB foi aprovada e publicada em 2011, mantendo a essência do documento anterior e, ao mesmo tempo, incorporando inovações, como o financiamento federal para a AB e a criação de um componente de avaliação da qualidade, com a garantia de repasse de recursos mediante o cumprimento de compromissos e do alcance de resultados que valoriza e premia as equipes de saúde da família e municípios, de forma contínua. A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na articulação da AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, a universalização, a integração dos sistemas de informação, a ampliação da resolubilidade da AB e a continuidade do cuidado do usuário (BRASIL, 2011a). Neste sentido, observa-se que a PNAB atendeu aos princípios e atributos de uma concepção de APS abrangente, conforme preconizado pela OPAS (WHO, 2008).

A PNAB avançou no reconhecimento de um leque maior de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, sendo a AB composta pelas equipes da ESF, equipes do consultório na rua, equipes saúde das famílias ribeirinhas, equipes saúde das famílias fluviais e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A PNAB define, entre seus princípios, a participação popular e o controle social, assegurados pela Constituição e pelas Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90. O controle social no SUS é um dos principais instrumentos

para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca pela garantia dos direitos conquistados constitucionalmente (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a). Alicerçado nessas pressuposições, o controle social é garantido por meio das conferências e dos conselhos de saúde (BRASIL, 1990b; BARROS, 1994; CORTEZ, 2002). É por meio da participação social que se garante uma sociedade democrática, fundamental na tomada de decisão em relação à gestão do cuidado que diz respeito a si e às suas famílias (GOHN, 2004).

Entraves importantes na AB são apontados pela literatura, dentre os quais destacam-se: a) a falta de representação social das comunidades sobre este ponto de atenção; b) a visão restrita de gestores que tendem a compreender a AB como seletiva, ou seja, voltada às camadas mais vulneráveis socialmente, o que resulta em uma notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários (MENDES, 2002; MENDES, 2011; CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SORATTO; WITT; FARIA, 2010;).

Outro entrave importante é a configuração do modelo de cuidado da AB em torno da assistência às doenças agudas e aos processos de agudização das doenças crônicas, em um contexto epidemiológico que se caracteriza pela tripla carga de doenças, isto é, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012; TEIXEIRA et al., 2014).

Para superar as dificuldades apontadas, a gestão deve: prover condições para permitir que os profissionais se organizem para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; responsabilizar-se pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção, caracterizando-se como principal porta de entrada do sistema; ofertar ações de saúde de caráter individual e coletivo; garantir sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado por equipes multiprofissionais, de forma que os saberes se somem e posam concretizar-se em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essas equipes assumem a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a).

A AB isolada não possui a totalidade dos recursos e competências necessárias para resolver toda a gama de necessidades de saúde de uma população, fato que implica constituição de redes integradas (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011a). É necessário que a gestão

qualifique a AB para exercer a integralidade, a coordenação do cuidado e a ordenação de pontos de atenção especializados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada entre a AB e os outros níveis de atenção (secundário e terciário), fornecendo respostas adequadas aos problemas de saúde da população e tornando o sistema resolutivo (MENDES, 2002; GIOVANELLA et al., 2009; CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na organização de um sistema de saúde não se concebe mais a modelagem piramidal para articular os níveis de atenção, com habitual posicionamento dos serviços de AB na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, em direção ao topo. Entende-se que essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo com as relações verticalizadas, de forma a conformar as redes policêntricas horizontais, não autoritárias (MENDES, 2002; BRASIL, 2010a; TANAKA, 2011; SILVA, 2011; MENDES, 2012).

Nesta rede, os serviços de saúde são organizados de forma poliárquica, vinculados entre si por um objetivo único: ofertar atenção contínua e integral a determinada população através da AB como centro comunicante do fluxo, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011). A coordenação do cuidado sustenta-se na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, podendo ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, tais serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (HENA O MARTÍNEZ; VAZQUEZ NAVARRETE; VARGAS LORENZO, 2009; MENDES, 2011).

3.1.2 O processo de trabalho na atenção básica

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas desenvolvidas pelos trabalhadores. Nele, indivíduos, famílias e grupos sociais são considerados o objeto de trabalho, enquanto os saberes e métodos representam os instrumentos, os quais, por sua vez, originam o produto, a atenção em saúde. Na área da saúde, o trabalho situa-se na esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material comercializável no mercado, pois o produto é a própria

realização da atividade, com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas (PIRES, 2000; ALMEIDA et al., 2009).

Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para alcance dos objetivos, pois são “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2011, p. 554).

Os modelos assistenciais em saúde são compreendidos como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área e modos de produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2012). Um modelo de atenção que responda às necessidades de saúde de competência da AB é resultado do desenvolvimento de saberes e tecnologias nas relações entre a população usuária do sistema e os trabalhadores da saúde. Essas novas tecnologias e saberes resultam em alterações no processo de trabalho, nas práticas desenvolvidas e no modo como os trabalhadores as desempenham em seu cotidiano (SHIMIZU; ROSALES, 2009; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

Na AB, o processo de trabalho deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011b). A atenção integral tem como principal desafio superar o modelo de atenção fragmentado, superação que deve começar pela organização do processo de trabalho no primeiro nível de atenção à saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003).

São características fundamentais do processo de trabalho na AB: a) ser realizado por equipes multiprofissionais, b) território definido e atuação sobre a população de sua responsabilidade; c) realizar acolhimento com escuta qualificada a todas as demandas da população; d) orientar-se por planejamento local; e) fortalecimento pela participação e controle social. Também deve implementar atividades com foco nas necessidades de saúde da população, priorizando intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

Ao enfatizar ações desenvolvidas a partir das necessidades de saúde da população, os profissionais que compõem as equipes devem desenvolver ações conjuntas considerando as características e a diversidade de cada local, organizar-se respeitando o território com adscrição de clientela, organizar o trabalho com base no perfil epidemiológico e analisar as situações de risco (BRASIL, 2011a; LAVRAS, 2011).

Partindo desse princípio, a AB deve prestar uma assistência que vá

além do corpo físico e seja capaz de alcançar os indivíduos em sua complexidade e totalidade (FINKELMAN, 2002). Para tanto, a organização da atenção e do cuidado precisa gerar métodos de estimulação e cooperação com os diversos grupos sociais por meio da formação de parcerias (BRASIL, 2006). A Atenção Básica deve incorporar atividades intersetoriais capazes de ultrapassar as unidades de saúde, alcançando o contexto histórico, social, cultural, político e econômico da sociedade, e procurando incrementar a saúde dos indivíduos. Trata-se da atuação de “[...] uma ou várias partes do setor saúde em parceria com uma ou várias partes de outro setor visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só” (SILVA; RODRIGUES, 2010, p. 763).

As pequenas e grandes estratégias intersetoriais, geradas por meio de um vínculo entre os diversos setores, colaboram consideravelmente para a eficácia das ações de saúde. Assim sendo, é possível que essas articulações possam acontecer por meio da formação de parcerias entre diversos setores da sociedade, tais como empresas privadas, entidades religiosas, organizações não governamentais (ONGs) e setores governamentais das áreas da educação, saúde, esporte, cultura e lazer (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Todos os profissionais que atuam na AB possuem atribuições comuns, com destaque para: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, com identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; atualização contínua das informações; priorização das situações a serem acompanhadas por meio do planejamento local em saúde (BRASIL, 2011a).

O território deve ser considerado enquanto espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, no qual vivem grupos sociais definidos e se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença (MONKEN; BARCELOS, 2007). Este espaço determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade. Sem isso, a AB não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o sistema (STARFIELD, 2002).

O território deve compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer parcerias para melhorar a saúde da população, caminhando em direção à superação das complexas desigualdades existentes na cobertura, no acesso e na qualidade da atenção à saúde. O processo de territorialização e o mapeamento são

ações primordiais na AB, baseadas por parâmetros espaciais e temporais (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MENDES, 2007; PESSOA et al., 2013). A territorialização é uma etapa do planejamento utilizada para entender o contexto dos serviços de saúde, permitindo a criação de um vínculo entre a população e os serviços de saúde. A partir do estabelecimento do vínculo é que se inicia o processo de trabalho no qual tanto a equipe de saúde quanto a comunidade são responsáveis pelo estado de saúde de todos que vivem no território (MONKEN, 2003; MONKEN; BARCELLOS, 2005; MONKEN, 2008).

Quando todos os profissionais envolvidos conhecem as necessidades das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz. O trabalho em equipe é muito importante na prestação de assistência integral ao paciente e sua família. Equipes multiprofissionais devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar, articulando suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada, de modo a propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Ao procurar o serviço de saúde, o usuário busca resposta a uma necessidade que desencadeia processos de trabalho na tentativa de satisfazê-la (JUNGES; BARBIANI, 2013). Com potencial de comunicação, de comprometimento e de resolutividade dos problemas, o acolhimento busca identificar as necessidades e condições de vida dos usuários por meio de ações e reflexões pautadas na integralidade da assistência, na universalidade do acesso, na autonomia do usuário e na corresponsabilização do processo de cuidar (BARRA; OLIVEIRA, 2012).

O acolhimento constitui um elemento no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. É uma atitude que permeia toda atividade assistencial (GOMES; PINHEIRO, 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Caracteriza-se por um conjunto de exercícios de escuta, esclarecimento de problemas e ações resolutivas para seu enfrentamento, aprimorando a habilidade da equipe de saúde em atender às demandas dos usuários, diminuindo a centralidade das consultas médicas e estimulando o papel dos demais profissionais da saúde (SOLLA, 2005).

Este elemento é a reforma no relacionamento entre profissionais e usuários e, portanto, uma estratégia para o alcance da longitudinalidade. O acolhimento está fortemente relacionado à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações de promoção e prevenção de agravos. Para sua efetivação, faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores, de modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das

necessidades de saúde da população por meio de atos de fala, escuta, vínculo e negociação (GOMES; PINHEIRO, 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O acolhimento é uma estratégia de fomento da reorganização do serviço de saúde, mudança do foco da doença para a pessoa, reconhecimento do potencial da equipe multiprofissional, preservação do acesso universal aos serviços de saúde, resolução dos problemas relativos à saúde, estímulo à humanização na assistência e incentivo ao desempenho dos profissionais (SILVA; ALVES, 2008).

Apesar de as necessidades serem experimentadas individualmente e determinadas por seu contexto, essas precisam ser pensadas e organizadas no coletivo, com planejamento das ações (JUNGES; BARBIANI, 2013). O planejamento deve ser pautado em dados epidemiológicos, priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e apontando para que o funcionamento dos serviços seja organizado a partir da demanda e dos problemas da população adscrita (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Os cuidados dirigidos a uma população específica incluem, além da atenção ao indivíduo, a vigilância dos problemas mais prevalentes, o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas (VAN WEEL; DE MAESENEER; ROBERTS, 2008). Neste sentido, o planejamento local em saúde (PLS) é uma ferramenta que possibilita o diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade, a identificação e priorização de problemas relacionados à saúde, a definição de ações para enfrentá-los e a execução e avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade (DALCIN; GOULART; MAGAJEWSKI, 2010).

O Ministério da Saúde orienta que o planejamento seja construído de forma democrática, pactuado com os principais atores envolvidos: gestores, equipe e usuários. Advoga que, dessa forma, o planejamento possui maior alinhamento com a realidade local e tem maior potencial para aumentar a capacidade gerencial de tomada de decisão e possibilitar a consciência coletiva e corresponsabilidade dos envolvidos no processo (BRASIL, 2012).

A participação popular é um instrumento de democracia participativa e tem a função de garantir à comunidade espaço direto na formulação, implementação e gestão de uma política pública, desenvolvendo o senso de responsabilidade comum. A inserção da comunidade no âmbito interno dos órgãos de formulação da política de

saúde tem o condão de reverter a prática de tomada de decisões com base apenas em visões técnico-burocráticas, afastadas das reais necessidades da população (BRASIL, 1990b; BARROS, 1994; CORTEZ, 2002; WEICHERT, 2004).

Além de aspectos organizacionais, o processo de trabalho necessita de aspectos estruturais como elementos importantes para a qualidade no desenvolvimento das ações. Entretanto, a AB é marcada pela persistência de problemas históricos na estrutura física dos serviços, no acesso oportuno aos recursos e na suficiência e capacitação dos recursos humanos (FACCHINI et al., 2008).

Investimentos precisam ser feitos na infraestrutura física e material, de forma a enfatizar e priorizar os atributos da Atenção Básica (PEREIRA et al., 2012). As condições estruturais, aliadas à falta de priorização da saúde no campo político-governamental, constituem fatores que contribuíram para os problemas do SUS, em especial como limitação para o potencial resolutivo da Atenção Básica (RIZZOTTO et al., 2014).

É essencial a construção de estruturas físicas que obedeçam aos critérios da sustentabilidade ambiental, com ambientes humanizados, amplos e arejados, proporcionando acolhimento e personalização (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2011). Uma infraestrutura física ampla e funcional permitirá romper com o estigma dos "postinhos de saúde", resultante da visão de uma AB para pessoas pobres e regiões pobres (MENDES, 2012). O ambiente físico é um fator primordial para a atenção à saúde prestada conforme os princípios da humanização do cuidado, com respeito à privacidade dos indivíduos durante o atendimento e disponibilização de condições adequadas para atuação e deslocamento das equipes em suas diversas atividades (SERAPIONI; SILVA, 2011; MENDES, 2012).

Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza a adequação das unidades de saúde contemplando itens necessários à realização das ações de atenção primária: uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; os equipamentos e materiais adequados ao conjunto de ações propostas; a composição da referência e contrarreferência para os serviços especializados (BRASIL, 2011a). Dentre essas medidas, é necessário que as equipes de AB também tenham disponibilidade de transporte para transferência de pacientes (BRASIL, 2013).

A análise de alguns autores mostra que a execução dos serviços de saúde no Brasil exibe uma série de deficiências, apontando a importância do debate em relação aos recursos humanos (SANTANA;

CASTRO, 1999; SANTANA, 2001).

O êxito de uma organização decorre, em maior ou menor grau, do esforço de cada um de seus membros. No caso das organizações de saúde, essa constatação se executa de modo radical porque elas precisam “[...] de seus operadores, em primeiro lugar, e são organizações profissionais, onde o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais” (DUSSAULT, 1992, p. 11).

O real controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que executam os serviços. Esse foco equivale, sob o ponto de vista da ciência administrativa, ao que tem sido averiguado por outros autores, a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no procedimento de produção de serviços de saúde (NOGUEIRA, 1991).

O fornecimento de cuidados de saúde é, sobretudo, um serviço público, no significado mais simples e objetivo de uma prática de interesse público, já que todos necessitam, em algum momento da vida, dispor de tais serviços. Por ser um serviço envolvendo as dimensões de consumo e produção, é possível constatar que sua execução engloba múltiplos interesses, dentre os quais se destacam os dos consumidores, no caso, os pacientes, e os dos profissionais e gestores dos serviços (KLIKSBERG, 1988; SANTANA, 2001).

Questões relacionadas aos recursos humanos retratam um componente crucial para o planejamento de novos arquétipos gerenciais para os serviços de saúde, especialmente na área pública. Todos admitem que o desempenho de uma organização está relacionado ao seu pessoal, observação amplamente utilizada por executivos de todas as áreas. No entanto, medidas objetivas e eficientes raramente são executadas, seja por falta de decisões políticas, seja porque as estruturas tradicionais não condizem com a complexidade dos problemas atuais (KLIKSBERG, 1988; HEIMANN, 1998; SANTANA, 2001).

Neste sentido, a política de pessoal:

[...] resulta na construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários [...]. Quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o

desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos etc. (KLIKSBERG, 1988, p. 70).

A mudança relativa ao desempenho dos recursos humanos no âmbito da saúde, ao passar pela gerência, deve pautar-se pela implantação de medidas que considerem as seguintes questões (FURTADO, 1994; SANTANA; CASTRO, 1999):

- a) reconhecimento da importância dos profissionais na vida da organização, o que demanda a prática da administração participativa. Já no contexto do processo de trabalho, criação de ambientes que estimulem a criatividade e a iniciativa do próprio colaborador, substituindo o controle no desempenho de operações programadas pela responsabilidade para com as metas e as práticas institucionais;
- b) concretização de medidas regulatórias da autonomia dos profissionais, o que requer ações e iniciativas, por parte dos gestores, que excedem os limites dos serviços de saúde, estabelecendo-se na área das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores.

São esses os requisitos fundamentais da nova percepção gerencial para os serviços de saúde em relação à área de recursos humanos. Portanto, como parte das ações de uma estrutura organizacional, compete à sua direção e a todos os escalões administrativos desempenhá-la, não ficando restrita ao âmbito de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos (FURTADO, 1994; SANTANA; CASTRO, 1999).

Existe unanimidade acerca da necessidade de se vencerem obstáculos e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos habitualmente praticados pelas instituições de saúde. Para tanto, é imprescindível criar propostas e trabalhar sua viabilidade, buscando sempre a renovação, a capacitação profissional dos colaboradores e o aprimoramento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde (MEDICI, 1993; SCALCO, 2008).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) reiterou a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS e a análise das questões relacionadas à formação de profissionais de saúde e à necessidade de inclusão, no currículo das universidades públicas, de estágio obrigatório na rede básica de serviços (MOTA et al., 2006; SARRETA, 2009). Após a 13ª Conferência Nacional de Saúde, o

Conselho Nacional de Saúde aprovou a obrigatoriedade de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização e à atenção básica, com ênfase na integralidade do cuidado, nos currículos de graduação de profissionais de saúde (BRASIL, 2008, p. 95).

Com o objetivo de guiar a implantação categórica das normas do SUS, tanto a formação profissional como o método de trabalho foram convertidos em política nacional pelo recurso de educação permanente. Destaca-se a necessidade de discussão entre universidades, cursos técnicos da saúde, serviços, gestão e controle social, com o intuito de gerar políticas e projetos de educação permanente em saúde que aproximem as distintas realidades sociais dos municípios ao método pedagógico de formação em saúde (SARRETA, 2009).

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) é, em sua totalidade, um plano político-pedagógico que se baseia na aprendizagem significativa, criando sentido para o indivíduo e fazendo a ligação com os problemas confrontados atualmente, sempre considerando a instrução e as experiências que as pessoas dominam (BERTUSSI, 2004).

A aprendizagem é incorporada no cotidiano de trabalho para efetuar as relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004, p. 6).

A implantação da Política de Educação Permanente em Saúde é compreendida como uma necessidade para melhorar as relações entre os sujeitos envolvidos na saúde e ampliar sua participação. Portanto, a EPS tem componentes para aprimorar o processo de trabalho, uma vez que a formação sugerida parte das necessidades sentidas pelos indivíduos (CECCIM, 2004/2005; SARRETA, 2009).

A proposta de educação permanente aos profissionais consiste em um instrumento importante de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do colaborador, mas, também, para maior qualificação do processo de trabalho (SEIDL et al., 2014).

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa avaliativa em saúde ganhou destaque após a Segunda Guerra Mundial, quando ocorreu a crise dos sistemas de saúde em todo o mundo e os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos, em consequência do grande desenvolvimento científico. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população, em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, e a necessidade de controlar os gastos públicos (e, consequentemente, os gastos com a saúde), gerou a sensação de o sistema de saúde não mais corresponder às necessidades da população e ter sua viabilidade comprometida. A difusão e a utilização de ações, sem a adequada avaliação, tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves (LAMBERT, 1978; WARNER; LUCE, 1982; CONTANDRIOPOULOS 2006; BRASIL, 2009).

A avaliação pode ser conceituada como:

Emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000, p. 44).

Avaliar, então, significa expor um valor a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos e se refere a um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, com o objetivo de direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas. A avaliação deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução dessas ações (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 1999; TANAKA, 2011), devendo ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, a fim de se tornar contínua e sistemática, mediada por relações de poder e constituindo importante função da gestão (FELISBERTO, 2006).

O processo avaliativo em saúde precisa ocorrer de forma

dinâmica, como parte integrante do processo decisório, devendo, assim, estar presente nas diferentes esferas de gestão. Dessa forma, necessita ser um processo constante e sistemático, que articule as ações implementadas, objetivando subsidiar a definição de problemas, reorientar estratégias desenvolvidas, fornecer elementos para a transformação das práticas sanitárias e mensurar impactos das ações sobre as condições de saúde das populações e sobre a organização dos serviços (MALTA; MERHY, 2004).

Cada avaliação é única, exigindo conhecimento do objeto e das estratégias de avaliação, bem como criatividade para que se alcancem resultados fidedignos e capazes de propor ações e/ou subsidiar planejamentos. Importante também é o interesse dos envolvidos na intervenção a ser avaliada. Deve ser exercida com rigor e exatidão desde a elaboração, seleção dos critérios de análise e metodologia apropriada, inserida em um processo de participação e negociação, com objetivo de julgar o mérito do objeto (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010; FELISBERTO; ALVES; BEZZERRA, 2010).

Donabedian apresentou três eixos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, os quais estão intimamente interligados - estrutura, processo e resultado -, e demonstrou ser imprescindível uma estrutura adequada para que sejam alcançados processos assistenciais e, conseqüentemente, resultados em saúde satisfatórios. Nesse sentido, a avaliação de qualidade é também um julgamento dos processos de trabalho executados para oferecer determinada atenção à saúde de indivíduos ou coletividades, com o objetivo de identificar as discrepâncias entre o desejado e o encontrado na realidade dos serviços (DONABEDIAN, 1978; 1997).

Desse modo, para que a qualidade em saúde seja mensurada, faz-se necessária a elaboração de indicadores, além de critérios e padrões para subsidiar o processo de comparação do real com o ideal, passo primordial em qualquer avaliação (ASSIS et al., 2005). Esses referenciais poderão quantificar e qualificar uma série de características de determinado objeto e disponibilizarão informações cruciais para se acompanhar a evolução das mudanças oriundas de um conjunto de práticas sociais, como as de saúde, bem como vão possibilitar a comparação entre diversos atores sociais, como profissionais ou serviços de saúde (STENZEL, 1996).

É importante optar por indicadores que sejam aceitáveis pelo conjunto de atores envolvidos com o objeto avaliado e que forneçam informações pertinentes à tomada de decisão no cotidiano dos serviços. Por outro lado, esses indicadores devem ser capazes de identificar o maior

número possível de problemas de qualidade, quando estes realmente existirem, e excluir os problemas, quando estes realmente não estiverem ocorrendo (SARTI, 2009).

No contexto da avaliação da APS, Barbara Starfield, estudiosa na área, criou e validou, nos Estados Unidos da América, um instrumento chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, medindo a presença e a extensão dos atributos da APS para usuários adultos e para crianças. Os instrumentos do *PCATool* avaliam elementos de estrutura e processo, sendo os atributos da APS aferidos em ambas as dimensões. Os elementos de estrutura correspondem a acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os elementos de processo abrangem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde. Identifica aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações (CASSADY et al., 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Com forte expansão da APS no Brasil, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características de estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde (HARZHEIM et al., 2013). Assim, têm surgido vários movimentos que visam a institucionalização da avaliação no âmbito da Atenção Básica e estimulam a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde, procurando qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações em saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO et al., 2009).

3.2.1 Avaliação do processo de trabalho na atenção básica

Com o fortalecimento da Atenção Básica, o Ministério da Saúde brasileiro vem desenvolvendo diversas ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da AB (FELISBERTO, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; FELISBERTO et al., 2009; SANTANA et al., 2013). Ao empenhar-se na criação de estratégias para institucionalizar processos avaliativos na AB, o Ministério da Saúde reitera o compromisso de buscar cumprir os princípios da integralidade

e da equidade das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade, anseio de todos os que aspiram por uma condição de vida digna, justa e humana (CAMPOS, 2005).

Em 2003, foi instituída a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com vistas à institucionalização de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo. Uma das estratégias desenvolvidas foi o projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, com ações voltadas aos gestores e ênfase nos estados e municípios apoiados financeiramente pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Neste mesmo ano, foi formada uma Comissão de Avaliação da Atenção Básica, envolvendo gestores e técnicos de vários setores do Ministério da Saúde na construção de uma política nacional para o monitoramento e avaliação da ABS (BRASIL, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), proposto pelo PROESF, em cooperação técnica com a OPAS, visando estreitar a relação entre os campos da avaliação e qualidade, de modo a possibilitar, aos atores envolvidos, a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para a construção de assistência aplicada à população adscrita (BRASIL, 2005). A proposta da AMQ foi desenvolvida com foco na autonomia de gestão do processo de trabalho das equipes, por meio de parâmetros inclusos em instrumentos de autoavaliação, os quais consistiam de cinco cadernos de autoavaliação normativa e participativa da ESF. Estes eram formados por padrões de qualidade para verificar a adequação das estruturas e processos de trabalho de gestores e profissionais das equipes de saúde vinculados à ESF (BRASIL, 2005). Com a autoavaliação, a AMQ possibilitou, a cada membro da equipe, a capacidade de reflexão sobre o seu processo de trabalho, a sua própria equipe, a diversidade e a integração do serviço com a comunidade (POTON; SZPILMAN; SIQUEIRA, 2011).

Apesar das potencialidades do instrumento e das características específicas de indicação de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de saúde da família, não existia uma definição clara para a aferição de escores ou para o estabelecimento de pontos de corte específicos que permitissem o ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados, sendo este um dos fatores limitantes da disseminação da AMQ e do uso desse instrumento em pesquisas avaliativas (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Conforme citado anteriormente neste estudo, Starfield (2002)

caracterizou a APS por meio de seus atributos fundamentais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação). Nesse contexto, Cassady *et al.* (2000) e Shi; Starfield e Xu (2001) **elaboraram** e validaram um instrumento nos Estados Unidos, o *PCATool*, Instrumento de Avaliação da Atenção Primária que determina a presença e a dimensão dos atributos da APS para usuários adultos e para crianças. Esse instrument,

[...] é embasado no marco teórico da APS e foi desenvolvido com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. Originalmente, o instrumento versão usuários adultos contém 92 itens divididos entre sete atributos da APS com escala Likert variando de '1 = com certeza não' a '4 = com certeza sim'. A partir da média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se um escore para cada atributo e também o Escore Essencial e o Escore Geral de APS. (HARZHEIM et al., 2013, p. 276).

No Brasil, a versão do *PCATool*-Infantil foi validada em 2004 e resultou em um instrumento com 45 itens, contemplando os atributos primordiais e derivados (HARZHEIM et al., 2013). Entre 2006 e 2007, foi realizado o estudo de validação com a versão do *PCATool* para usuários adultos, dando origem a um instrumento constituído de 86 itens, que apontou resultados confiáveis e validade similares às encontradas na validação realizada nos Estados Unidos, revelando-se um dispositivo adequado para conquistar a orientação à APS (OLIVEIRA et al., 2013.).

Outras iniciativas de validação ou utilização do *PCATool* vêm sendo efetuadas em vários países, como Taiwan, Hong Kong, Canadá e Espanha (HARZHEIM et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Em 2010, apoiado pelo Ministério da Saúde, foi implantado o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment Tool – PCATool*-Brasil), que compõe o instrumento em versões destinadas a crianças, adultos, profissionais e ao coordenador ou gerente do serviço de saúde. O instrumento apresenta parâmetros universais de avaliação, focado na comunidade, nos pacientes e nos profissionais, e avalia as características nucleares da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além de

oferecer informações acerca dos aspectos derivativos da Atenção Primária, centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010c).

Para adequá-lo à realidade brasileira, cada modelo original do instrumento foi transformado em um dispositivo aplicável através de pesquisadores e passou por um “[...] processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade” (HARZHEIM, 2006 *apud* BRASIL, 2010b, p. 10).

O *PCATool*-Brasil, versão criança, é composto por 55 itens, divididos em 10 elementos, associados da seguinte forma aos atributos da APS:

- 1) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens;
- 2) Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens;
- 3) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens;
- 4) Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens;
- 5) Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens;
- 6) Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens;
- 7) Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens;
- 8) Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens;
- 9) Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens;
- 10) Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (BRASIL, 2010c, p. 12).

Apesar de não terem atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, porém, devido a sua importância conceitual, os itens do componente “Primeiro Contato - Utilização” e do componente “Coordenação - Sistema de Informações” foram mantidos no *PCATool*-Brasil, versão Criança, assim como o item D1 do componente Longitudinalidade (BRASIL, 2010b).

Já a versão validada do *PCATool* Adulto contém 87 itens, divididos em 10 componentes pertinentes aos atributos da APS. São eles:

- 1) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens;
- 2) Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens;
- 3) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens;
- 4) Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens;

5) Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens; 6) Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens; 7) Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens; 8) Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres, e 11 itens para homens; 9) Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens; 10) Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (BRASIL, 2010b, p. 33).

Os elementos do componente “Coordenação - Sistema de Informações não atingiram o “[...] ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no *PCATool* Brasil versão Adulto” (BRASIL, 2010b, p. 33).

Por fim, com a mudança de comando no Ministério da Saúde, uma série de portarias definiram novas políticas e, em 19 de julho de 2011, o Governo Federal lançou a Portaria nº 1.654, instituindo o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, para induzir a criação de processos que ampliassem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, de ofertar serviços que assegurassem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2011b).

O PMAQ faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, cujo propósito é estimular os gestores locais do SUS a aprimorar o padrão de qualidade da assistência proporcionada aos usuários nas UBSs e através das equipes de Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2013; SEIDL et al., 2014).

Atualmente, este é o instrumento de avaliação da AB que predomina em território nacional. O PMAQ está organizado em quatro fases que se “complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade” (BRASIL, 2012). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização” (BRASIL, 2011b):

- a) adesão e contratualização - etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem consolidados entre as Equipes de Atenção Básica (EABs) e os gestores municipais, e entre esses e o Ministério da Saúde, em um processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do usuário por meio

- do controle social;
- b) desenvolvimento - conjunto de ações a serem exploradas pelas EABs, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com a finalidade de promover os movimentos de mudança que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional;
 - c) avaliação externa - certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da AB, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados, e também pelo Ministério da Saúde, a partir do monitoramento de indicadores e da avaliação não relacionada com o processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local;
 - d) reconstrução - processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes, de acordo com os resultados verificados nas fases 2 e 3 do PMAQ-AB.

O referido programa constitui um instrumento de avaliação bastante complexo, dividido em vários momentos. Entre estes, dois em especial configuram momentos avaliativos: o momento da autoavaliação (primeira dimensão da Fase 2) e o momento da Avaliação Externa (Fase 3) (MORAES; IGUTI, 2013). O instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB, denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), é estruturado a partir das unidades de análise, dimensões e subdimensões. A unidade de análise responsável por avaliar o processo de trabalho na AB é denominada *Equipe* e possui uma dimensão: *Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde*, a qual, por sua vez, possui quatro subdimensões, *J-Perfil da Equipe; K- Organização do Processo de Trabalho; L- Atenção Integral à Saúde; M- Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário* (BRASIL, 2012).

O momento da avaliação externa pode ser considerado o ato avaliativo propriamente dito, isto porque a fase de autoavaliação é binária. Para que se pontue, a equipe deve apresentar ao avaliador externo documento comprobatório desta realização; se puder comprovar que realizou determinada ação, a equipe recebe os pontos atribuíveis e,

se não houver esta comprovação, não recebe os pontos (MORAES; IGUTI, 2013).

Esta etapa, no primeiro ciclo, foi composta por quatro módulos, diferenciados a partir do método de coleta de dados: no módulo 1, o avaliador observou as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; no módulo 2, o avaliador entrevistou o trabalhador designado pela equipe, aplicando perguntas sobre o processo de trabalho e sobre a organização do cuidado ao usuário, bem como solicitando os documentos comprobatórios, conforme o padrão de qualidade em questão; no módulo 3, o avaliador entrevistou um usuário do serviço, buscando as informações referentes à satisfação do mesmo; e o módulo 4 consistiu da consulta *online* sobre questões complementares aos módulos anteriores, respondidas pelos gestores ou pelos trabalhadores (a depender da atribuição) na plataforma eletrônica do programa (MORAES; IGUTI, 2013).

No primeiro ciclo do PMAQ, foram inscritas 17.482 equipes e entrevistados 66.300 usuários; destes, 79% avaliaram o cuidado recebido pelas equipes de Atenção Básica como bom ou muito bom. As Unidades Básicas de Saúde também receberam boa aferição: 86% dos usuários recomendariam a UBS a um amigo ou familiar. Para definição da qualidade das equipes, 900 avaliadores entrevistaram usuários e profissionais e analisaram o atendimento prestado, o tempo de espera, a infraestrutura, as condições de funcionamento da unidade e a disponibilidade de medicamentos, dentre outras variáveis (BRASIL, 2013).

Em 2013, foi realizado um segundo ciclo avaliativo, incluindo módulos de avaliação das equipes e processo de trabalho na saúde bucal, NASF e nos Centros de Especialidade Odontológica. Os resultados dessa etapa ainda estão sendo divulgados.

Além destas ações empreendidas pelo MS, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas no âmbito acadêmico, com vistas à avaliação de serviços de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007). Entretanto, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos (FELISBERTO et al., 2009).

Estudo realizado em 62 municípios com mais de 100 mil habitantes, no Estado de São Paulo, por meio de questionários específicos, abordou oito dimensões da atenção básica, sendo elas: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária e profissionais de

saúde. No resultado geral, não há diferença no nível de satisfação, ficando em 50% em média a percepção dos usuários quanto à atenção básica dos municípios, o que de certa forma a qualifica como pouco satisfatória (IBÁÑEZ et al., 2006).

Elias *et al.* (2006) utilizou o instrumento *PCATool*, que contempla as oito dimensões da atenção básica, para comparar as modalidades assistenciais PSF e UBS tradicionais nos municípios de São Paulo, considerando as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores. Entretanto, a opinião dos usuários é comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos, enquanto para os profissionais e gestores não se revelaram diferenças relevantes entre as duas modalidades.

Unidades da ESF e as UBS tradicionais, vinculadas aos Estudos de Linha de Base (ELB) do PROESF, também foram comparadas em municípios do Nordeste e do Sul. Quanto ao desempenho da AB, foi identificada distância em relação às prescrições do SUS. Menos da metade da demanda potencial utilizou a UBS de sua área de abrangência. A oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF (FACCHINI et al., 2008).

Avaliar elementos de apoio para executar o processo de trabalho na AB também foi preocupação de alguns estudiosos. Moura *et al.* (2010) avaliaram a estrutura das unidades de saúde da AB de dois municípios, comparando as USFs e as Unidades de Saúde Convencionais (USCs). Através do estudo transversal, quantitativo, foram utilizadas entrevistas estruturadas e observação da rotina de trabalho das equipes, avaliando três componentes: ambiente físico, recurso material e pessoal. Achados evidenciaram deficiências estruturais nos três componentes, dentre os quais destacam-se a biossegurança dos procedimentos e a ausência de estruturas que favoreçam o desenvolvimento de intervenções coletivas, necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde.

O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) foi organizado segundo diferentes modelos de atenção existentes nos serviços de atenção básica. Esta ferramenta conta com 50 indicadores sobre oferta e organização do trabalho assistencial e programático e 15 sobre gerenciamento, na forma de questões de múltipla escolha, respondidas via *web* pela equipe local do serviço. Respondido em 2007, por 598 (92%) serviços de 115 municípios paulistas, mostrou bom poder para discriminar níveis de qualidade. Adotado em 2010 como parte de um programa de apoio à

Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi respondido por 95% (2.735) dos serviços de 586 municípios (90,8% do Estado). Fornecendo uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais, o QualiAB mostrou factibilidade, aceitabilidade, bom poder de discriminação e utilidade para auxiliar a gestão da rede de atenção básica do SUS em São Paulo (CASTANHEIRA et al., 2011).

Nos Estados da Bahia e de São Paulo, uma pesquisa reuniu evidências que apontam para insuficiência na cobertura dos serviços de saúde na AB, expressas nas baixas coberturas potencial e real de algumas ações de saúde prioritárias. Apenas as ações de enfermagem apresentaram clara expansão, enquanto as ações médicas e odontológicas demonstraram grande variação, com tendência ao declínio, no período analisado. Como limitações, os autores apontaram os indicadores utilizados como não sensíveis para captar mudanças no modelo assistencial e no processo de trabalho, como a organização da oferta e qualidade do cuidado, indicando que a avaliação da cobertura precisa ser complementada por outros estudos avaliativos referentes à acessibilidade, à qualidade técnica e à efetividade (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

Em Porto Alegre, a AB é fornecida por Unidades Básicas de Saúde tradicionais, pela Estratégia Saúde da Família, pelo Centro de Saúde Murialdo (CSM) e pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. Utilizando o *PCATool*, versão para profissionais de saúde, uma comparação na qualidade dos cuidados de saúde prestado a adultos, nesses diferentes tipos de serviços, mostrou resultados com importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde no Município. Todos os serviços possuem, na experiência dos pesquisadores, atributos que precisam ser melhorados (CASTRO et al., 2012).

No Estado de Santa Catarina também foram realizados estudos avaliativos no âmbito da Atenção Básica. Uma avaliação na adequação da estrutura e dos processos da atenção primária à saúde, em Chapecó/SC, encontrou inadequação para a cobertura, com alto número de habitantes por equipe de saúde, para a baixa oferta de consultas, baixa formação profissional para a APS e falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, o processo foi considerado satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato e longitudinalidade (VITORIA et al., 2013).

O Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),

desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade da gestão municipal na Atenção Básica, com 40 indicadores agregados em duas dimensões e quatro subdimensões. O projeto é desenvolvido em parceria com a Gerência da Atenção Básica da Secretaria de Estado de Santa Catarina e avalia, anualmente, o desempenho da gestão da Atenção Básica, com premiação para os melhores classificados, segundo porte populacional (UFSC/NEPAS, 2015). O modelo avaliativo desenvolvido conta com 4 ciclos de aplicação da matriz, entre os anos de 2008 e 2011, nos municípios catarinenses (NICKEL et al., 2014).

Estudo analisando o uso dessa avaliação, pelos gestores, na tomada de decisão, através de uma meta-avaliação, concluiu que existe um reforço quanto ao uso quando os interessados participam ativamente do processo avaliativo e que este processo tem a capacidade de melhorar a gestão da atenção básica nos níveis estadual e municipal. Ainda assim, os atores envolvidos no estudo identificaram, na avaliação, a produção de informações úteis para a gestão, porém, seu uso técnico foi pouco explorado, seja pela falta de autonomia financeira, seja pela falta de acesso à tomada de decisão de outras áreas, para além do setor saúde, sem diminuir o uso político dessas informações (NICKEL, 2013).

A avaliação de diferentes aspectos da atenção básica também é abordada em pesquisas e publicações do NEPAS, com o desenvolvimento contínuo de modelos avaliativos tanto no âmbito da gestão quanto da assistência, dentre os quais destacam-se: a avaliação da Estratégia Saúde da Família (HENRIQUE; CALVO, 2008; 2009), bem como sua implantação (COSTA; CALVO, 2014), a Gestão Municipal para o planejamento em saúde na AB (BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011; LACERDA et al., 2012), a atenção em Saúde Bucal (NICKEL; CALVO; CAETANO, 2009; COLUSSI; CALVO, 2011), além da qualidade da ABS (SCARATTI; CALVO, 2012), entre outros trabalhos, contribuindo, assim, para o modelo de avaliação do processo de trabalho na atenção básica de que trata o presente estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma avaliação normativa ao adotar normas e critérios estabelecidos em portarias e resoluções para o julgamento do processo de trabalho das equipes de saúde neste nível de atenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). A avaliação normativa tem o potencial de contribuir para a melhoria do objeto, na expectativa de que as discussões resultantes desta dissertação tragam inovações e propostas de soluções, características também das avaliações formativas (FELISBERTO et al., 2009).

4.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa foi dividida em duas etapas: a) construção do Modelo de Avaliação, b) classificação dos municípios catarinenses quanto à avaliação da gestão do processo de trabalho na AB.

4.2.1 Construção do modelo avaliativo

Na construção do modelo, foram elaborados e definidos o modelo teórico-lógico e a matriz análise e julgamento.

4.2.1.1 O modelo teórico-lógico

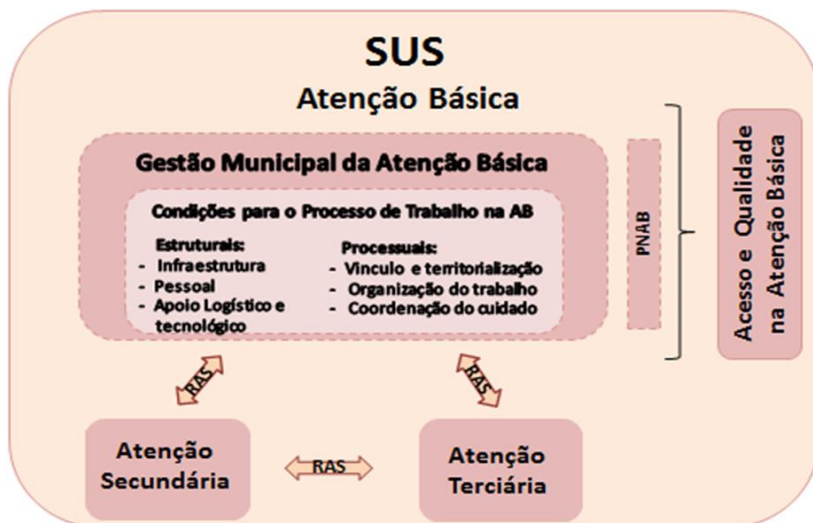
O modelo teórico-lógico baseou-se em pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental foi composta por portarias e legislação pertinentes ao tema, com destaque para a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A revisão bibliográfica adotou as bases de dados Bireme, Lilacs e Scielo, com o descritor Processo de Trabalho associado aos

descritores: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Processo de Trabalho. Como critério de inclusão, foram utilizados artigos com abordagem total ou parcial da gestão municipal do processo de trabalho na AB. Dos 47 artigos encontrados, foram selecionados 26 que apresentavam reflexões teóricas e experiências da gestão municipal do processo de trabalho na AB, de forma descritiva ou avaliativa, sem limitação cronológica, acessíveis na íntegra em português, espanhol ou inglês.

A proposta do modelo teórico-lógico foi construída ao longo das atividades curriculares da disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde e oficinas de consenso dos quais participaram docentes, mestrands e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e NEPAS.

A figura 1 apresenta, de forma esquemática, a concepção teórica que orienta a avaliação da gestão municipal para o processo de trabalho na AB neste estudo:

Figura 1. Modelo teórico-lógico da gestão municipal para o processo de trabalho na Atenção Básica.



Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

A construção do modelo teórico-lógico da avaliação da gestão municipal para o processo de trabalho na atenção básica em Santa Catarina parte da convicção de que a AB, como porta de entrada

preferencial do Sistema Único de Saúde, utiliza diferentes tecnologias em saúde para intervenções individuais e coletivas.

A AB contempla um conjunto de ações em saúde que englobam estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, em conformidade com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. A PNAB, aprovada pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, propõe que o processo de trabalho das equipes da AB seja orientado a atender às necessidades de saúde da população e desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, sendo contato preferencial dos usuários e centro referencial com outros níveis de atenção (secundário e terciário), tornando-se coordenador do cuidado e ordenador das RAS (BRASIL, 2011a).

O desenvolvimento da gestão municipal do processo de trabalho na AB depende da atuação de diferentes atores, tais como gestores, profissionais e usuários. Os gestores e os profissionais devem promover o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Neste cenário, a gestão municipal cumpre um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio de políticas e provimento de recursos. Os gestores municipais devem oferecer condições mínimas para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, vez que determinam a aplicação e a distribuição dos recursos disponíveis para o setor saúde.

Os profissionais que atuam nas equipes da AB, comprometidos com a construção do SUS e responsáveis pelo cuidado à saúde da população de seu território, vivenciam rotineiramente a falta de condições estruturais e processuais oferecidas pela gestão, aspectos imprescindíveis para a execução do processo de trabalho de acordo com o preconizado. Nesta perspectiva, o modelo avaliativo proposto foi estruturado a partir de duas dimensões que contemplam elementos importantes para execução do processo de trabalho da AB: as Condições Estruturais e as Condições Processuais.

A capacidade das equipes de AB de desenvolver ações resolutivas à luz da PNAB depende do apoio e das condições favoráveis oferecidas pela gestão, cujo compromisso com a AB, priorizando a mesma como contato e “porta de entrada” preferencial da rede de atenção, deve garantir as condições de recursos e estrutura, permitindo que a AB seja capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado e garantindo o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

4.2.1.2 Matriz de análise e julgamento

Para a elaboração da matriz avaliativa e de julgamento (MAJ), foram utilizadas duas estratégias metodológicas: pesquisa bibliográfica e consulta a especialistas. A consulta a referenciais bibliográficos objetivou levantar questões normativas e teóricas relacionadas ao processo de trabalho na AB. Os mesmos descritores e trabalhos incluídos na identificação do modelo teórico-lógico orientaram as reflexões nesta etapa, cujo objetivo foi aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo para identificação de indicadores, medidas e parâmetros que subsidiassem a construção de uma proposta de matriz avaliativa.

Com base no referencial teórico e normativo do modelo teórico/lógico, em enfoques operacionais identificados na pesquisa bibliográfica e em aspectos coletados na avaliação externa do PMAQ, em 2013, elaborou-se uma proposta de matriz avaliativa e de julgamento. O objetivo desta proposta foi iniciar uma discussão para definição da matriz em oficina de consenso.

Para validação da matriz, foram realizadas oficinas com especialistas, o que possibilitou a discussão acerca das dimensões, critérios e indicadores definidos, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Neste tipo de avaliação, as normas, os resultados de pesquisas e o julgamento de pessoas bem informadas ou de *experts* na área são fontes importantes para a eleição de indicadores, pois a participação de diferentes atores qualifica essa escolha e, conseqüentemente, a avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Para o consenso, foi utilizada a técnica Comitê Tradicional, cuja vantagem é a troca e o confronto de opiniões divergentes, enriquecendo a discussão e consolidando o debate. A principal desvantagem está associada à possibilidade de participantes mais convictos fazerem prevalecer sua opinião pela ênfase na forma de se expressar e não pela qualidade dos argumentos. Outras desvantagens são as diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos ou de relacionamento interpessoal entre os participantes, o que pode dificultar o consenso (HARTZ, 1997).

Para superar tais limitações e agilizar as definições necessárias, adotou-se uma consulta prévia com 10 convidados especialistas em avaliação e com familiaridade teórica e prática em relação ao processo de trabalho na AB, aos quais foram enviadas, por meio digital, uma proposta de matriz solicitando posicionamento acerca de concordância

plena, parcial ou não concordância com cada um dos elementos propostos, com data definida para devolução. A pesquisadora consolidou as análises previamente enviadas e devolvidas, acatando as concordâncias plenas e levando aos encontros presenciais os demais aspectos.

As oficinas ocorreram nas dependências da UFSC, em datas e horários acordados com os participantes. As decisões foram tomadas por consenso, em dois encontros presenciais.

O Modelo final conta com 22 indicadores, 6 subdimensões e 2 dimensões. A dimensão **Condições Estruturais** aborda aspectos de *Infraestrutura, Pessoal e Apoio Tecnológico e Logístico* para que as equipes realizem suas atividades. A dimensão **Condições Processuais** analisa aspectos do processo de trabalho das equipes da AB, agrupados nas subdimensões: *Vínculo e Territorialização, Organização do Trabalho e Coordenação do Cuidado*. O detalhamento dos componentes da matriz de análise está apresentado no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Matriz de análise e julgamento (MAJ) da gestão municipal para o processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde.

Matriz Avaliativa	Medidas	Parâmetros		Valor Máximo Esperado			
		Indicadores	Subdimensão	Dimensão	Cestário		
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Infraestrutura	Espaço Físico Adequado para o desenvolvimento das ações	100%: BOM <100%: RUIIM	10			
		Existência de Suporte Tecnológico	3º: quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIIM	10			
	Recursos de Mobilidade da Equipe ¹	% UBS com sala de observação % UBS com sala de atividades coletivas % UBS com no mínimo 1 consultório com computador com acesso a internet % UBS com disponibilidade de veículo que responda as necessidades da equipe Existência de UBS funcionando em horário noturno % de UBS funciona 40hs/semanais	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM 3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIIM Sim: BOM Não: RUIIM ≥ 90%: BOM <90%: RUIIM	10	40	100	340
	Disponibilidade para o acesso	Até 10 mil hab = 100%: BOM Entre 10 e 50 mil = 80%: BOM Acima de 50 mil hab = 60%: BOM	10				
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Pessoal	Adequação de Pessoal	100%: BOM <100%: RUIIM	10			
		Suporte Especializado ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIIM	10	40		
		Educação Permanente ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIIM	10			
Continua...							

Matriz Avaliativa	Medidas	Parâmetros	Valor Máximo Esperado				
			Indicadores	Subdimensão	Dimensão	Gestão	
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Apoio Tecnológico e Logístico	Continuação...	<p>% de equipes que na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação</p> <p>% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental</p>	<p>3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM</p>	10		
				<p>≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM</p>	10	20	
CONDICÕES PROCESSUAIS	Vínculo e Territorialização		<p>% de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões</p> <p>% de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular</p> <p>% de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos</p> <p>% de equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde</p>	<p>≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM</p>	20	80	240
				<p>3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM</p>	20		
				<p>100%: BOM <100%: RUIM</p>	20		
				<p>≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM</p>	20		
Continua...							

Matriz Avaliativa	Medidas	Parâmetros	Valor Máximo Esperado				
			Indicadores	Subdimensão	Dimensão		
CONDIÇÕES PROCESSUAIS	Organização do Trabalho	Foco na Família	<p>% de equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar</p>	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	20		
				<p>% de equipes da AB atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde</p>	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	20	
				<p>Planejamento Conjunto</p>	100%: BOM <100%: RUIIM	20	80
				<p>Ações Compartilhadas</p>	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	20	
Coordenação e Cuidado	Acolhimento	<p>% de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento</p>	100%: BOM <100%: RUIIM	20	80		
		<p>% de equipes da AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia</p>	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM				
Continua...							

Matriz Avaliativa	Medidas	Parâmetros	Valor Máximo Esperado			
			Indicadores	Subdimensão	Dimensão	Gestão
Conclusão	Coordenação do Cuidado	% de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUJIM	20		
		% de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUJIM	20		
		% de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, com calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUJIM	20		
Responsabilização						

Fonte: Brasil (2013)

Notas:

Legenda: REG = REGULAR

1. Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional
2. Parâmetro definido conforme Portaria 1007/2010 para classificação de incentivos financeiros (BRASIL, 2010c)

4.2.2 Classificação dos municípios

O estudo adotou como elemento avaliativo os municípios catarinenses que participaram da avaliação externa do PMAQ, em 2013, e, como unidade de análise, as equipes da AB. Foram incluídos os municípios que aderiram ao PMAQ com, pelo menos, 80% das suas equipes, totalizando 271 municípios e 1.399 equipes da AB. Os municípios participantes representam 91,9% do total de municípios do Estado de Santa Catarina, os quais, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentam menos de 25 mil habitantes, (IBGE, 2014). Estes dados podem ser observados na Tabela 1.

Vale destacar que, para avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na AB, foram utilizadas informações dos municípios catarinenses constantes no banco de dados da avaliação externa do PMAQ, em 2013, sobre os aspectos da estrutura das Unidades de Saúde e da composição das equipes (Módulo I) e sobre aspectos do trabalho das equipes da AB (Módulo II). Foram consultadas bases de dados de informação secundária para as variáveis porte populacional, número de equipes de AB e número de UBS cadastradas nos municípios em 2013, disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e IBGE, de domínio público, conforme necessidade apontada na matriz avaliativa.

Tabela 1. Distribuição dos municípios catarinenses segundo porte populacional e número de equipes da AB em 2013, e comparação com o número de municípios que aderiram com o mínimo de 80% das equipes ao PMAQ 2013.

Porte populacional	Total em Santa Catarina				Adesão ao PMAQ (≥80%)			
	Municípios		Equipes AB		Municípios		Equipes AB	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 5 mil hab	93	31,5	120	7,9	88	32,5	110	7,9
De 5 a 10 mil hab	62	21,0	146	9,6	51	18,8	122	8,7
De 10 a 25 mil hab	80	27,1	371	24,5	75	27,7	357	25,5
Acima de 25 mil hab	60	20,3	879	58,0	57	21	810	57,9
Total	295	100	1516	100	271	100	1399	100

Fonte: IBGE (2013), Brasil (2013).

4.2.3 Análise de dados

As informações das equipes foram agregadas em nível municipal. Os municípios foram analisados de forma descritiva e comparativamente entre seus pares, segundo porte populacional, e a análise dos indicadores orientada pelos parâmetros definidos na MAJ acordada nas oficinas de consenso (Quadro 1). Os dados foram analisados por meio do *software Microsoft Office Excel®* e apresentados em forma tabular e gráfica. Para os testes de associação entre as categorias de classificação e o porte populacional dos municípios, utilizou-se o Teste Exato de Fisher, por meio do *software* estatístico *STATA 11.0®* (*Stata Corp. College Station, Estados Unidos*).

A MAJ possibilita a análise da gestão municipal nos diferentes elementos avaliativos, de modo a identificar pontos de fragilidade e potencialidades. Para o julgamento das subdimensões, dimensões e da gestão, adotou-se o somatório dos pontos observados confrontados com o potencial esperado ($\sum \text{valor observado} * 100 / \sum \text{valor esperado}$). O município foi classificado “bom” quando atingiu pelo menos 80% do valor esperado, “ruim” quando alcançou no máximo 50% e “regular” nas demais situações. Em função de a dimensão **Condições Processuais** ser fundamental para o objeto avaliado, os valores atribuídos aos seus elementos de análise foram superiores aos da dimensão **Condições Estruturais**.

Na apresentação do resultado dos municípios, foi utilizado o *software TabWin 32.0®*, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para construção dos mapas de distribuição espacial com a classificação dos municípios catarinenses, segundo as dimensões **Condições Estruturais** e **Condições Processuais**, além do julgamento de valor da gestão municipal para o processo de trabalho na AB.

4.3 ASPECTOS ETICOS

A base de informações deste estudo é composta por dados secundários de domínio público sobre a avaliação externa do PMAQ. Assim, a resolução 196/96 não se aplica, dispensando a aprovação pelo Comitê de Ética.

5 RESULTADOS

Em obediência às normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, este capítulo é apresentado em formato de artigo científico, conforme as recomendações do periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, Qualis B1, para a área.

5.1 ARTIGO: O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: AVALIAÇÃO DA GESTÃO

O Processo de Trabalho na Atenção Básica: avaliação da gestão*

Work Process in Primary Health Care: evaluation of management

Karine Cardoso Fontana¹
Josimari Telino de Lacerda¹
Patrícia Maria de Oliveira Machado¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

* Este Manuscrito é parte integrante da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço para Correspondência:

Karine Cardoso Fontana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Reitor João David Ferreira Lima - Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H. CEP: 88040-370 – Florianópolis/SC

E-mail:karinenfe@hotmail.com,
patriciamomachado@gmail.com

jtellino@gmail.com,

O Processo de Trabalho na Atenção Básica: avaliação da gestão*

Work Process in Primary Health Care: evaluation of management

RESUMO: O processo de trabalho da atenção básica deve ser baseado na integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. A gestão municipal deve garantir condições estruturais e processuais para a execução de ações coordenadas pautadas nesses preceitos. Esta pesquisa avaliou o processo de trabalho da atenção básica, sob responsabilidade do gestor municipal. Desenvolveu um modelo de avaliação composto por 22 indicadores, agregados em duas dimensões, para análise das condições estruturais e processuais do trabalho das equipes em municípios catarinenses. O modelo validado e pactuado por *experts* da área orientou a classificação dos municípios integrantes do estudo. Foram utilizados os dados do ciclo 2 da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O universo avaliado representou 91,9% dos municípios de Santa Catarina. Os resultados mostraram-se satisfatórios na garantia de condições estruturais e indicaram importantes desafios nos aspectos processuais, em especial na continuidade do cuidado e organização do trabalho. Observou-se que os municípios localizados na região oeste apresentaram melhores resultados quando comparados aos demais.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Trabalho. Fluxo de Trabalho. Formulação de Políticas. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

ABSTRACT: The primary health care work process must be based on completeness, longitude and coordination of care in health care networks. The municipal administration should guarantee structural and procedural conditions for the implementation of coordinated actions based on these principles. This research evaluated the work process of the primary health care, under the responsibility of the City Manager. It has been developed an evaluation model consisting of 22 indicators, aggregated in two dimensions, for analysis of structural and procedural conditions of the teams' work in Santa Catarina municipalities. The model, that was validated and agreed by experts of the area, has guided the classification of municipalities taking part in the study. It was used the data from the cycle 2 of the External Evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of

primary health care (known in Brazil as PMAQ-AB). The evaluated universe represented 91.9% of the municipalities of Santa Catarina. The results were satisfactory in ensuring structural conditions and indicated major challenges on procedural aspects, in particular on continuity of care and work organization. It was observed that the municipalities located in the Western region showed better results when compared to others.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Work. Workflow. Policy Making. Process Assessment (Health Care).

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que as ações desenvolvidas no primeiro nível de atenção do sistema devem ser caracterizadas por estratégias de âmbito individual e coletivo que englobem desde a promoção até a reabilitação da doença, desenvolvendo atenção integral de forma a modificar a situação de saúde da população, bem como seus determinantes e condicionantes¹.

No âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população com destaque na AB²⁻³. Neste sentido, a implantação de mecanismos que monitorem a qualidade da AB é fundamental, uma vez que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de suporte administrativo, condições adequadas de estrutura e organização de processos de trabalho resolutivos das demandas em saúde.

Desde 2003, o Ministério da Saúde desenvolve ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da AB³⁻⁶. A iniciativa mais recente para a implantação de processos avaliativos sistemáticos sobre a atuação das equipes no âmbito da AB foi o PMAQ-AB, cujo objetivo é avaliar aspectos estruturais oferecidos pela gestão municipal, aspectos do processo de trabalho desenvolvidos pelas equipes e de satisfação do usuário, porém, ao emitir o julgamento, o faz de maneira global, com foco na qualidade da atenção e no acesso aos serviços⁷.

Santa Catarina destaca-se como um dos Estados com maior adesão ao PMAQ nos dois ciclos de análise. No primeiro ciclo, 257 municípios (87,7%) e 1.107 equipes da Estratégia Saúde da Família (77,9%) aderiram ao processo de avaliação externa do PMAQ; no segundo, a adesão municipal foi de 99,3%, incluindo 91,6% das equipes

existentes no Estado. Em nível nacional, a adesão dos municípios no ciclo 1 foi de 71,3%, com 52,3% de equipes participantes, e, no segundo ciclo, 93,5% e 89,7%, respectivamente.

A ampliação do acesso e estruturação dos serviços de atenção básica no país, aliada aos desafios enfrentados pela gestão municipal para efetivar a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil⁸, orientou esta pesquisa, desenvolvida a partir da seguinte questão norteadora: a gestão municipal proporciona condições para que o processo de trabalho das equipes de AB ocorra conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica?

Método

Trata-se de uma avaliação normativa das ações da gestão municipal para o processo de trabalho na AB. O estudo adotou como elemento avaliativo os municípios catarinenses que participaram da avaliação externa do PMAQ, em 2013, e, como unidade de análise, as equipes da AB. Foram incluídos os municípios que aderiram ao PMAQ com, pelo menos, 80% das suas equipes, totalizando 271 municípios e 1.399 equipes da AB. Os municípios participantes desta pesquisa representam 91,9% do total de municípios do Estado de Santa Catarina e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são, em sua maioria, de pequeno porte, com pouco mais de um quinto deles possuindo acima de 25 mil habitantes⁹.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: construção do modelo de avaliação e classificação dos municípios quanto à gestão municipal para o processo de trabalho na AB.

Na construção do modelo de avaliação foram elaborados e definidos o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa e de julgamento (MAJ). O modelo teórico-lógico baseou-se em pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental foi composta por portarias e legislação pertinentes ao tema, com destaque para a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011¹. A revisão bibliográfica adotou as bases de dados Bireme, Lilacs e Scielo, com o descritor Processo de Trabalho associado aos descritores Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Sistema Único de Saúde e Processo de Trabalho. Como critério de inclusão foram utilizados artigos de abordagem total ou parcial da gestão municipal do processo de trabalho na AB, sendo encontrados 47 artigos e selecionados 26 que apresentavam reflexões teóricas e experiências da gestão municipal do processo de trabalho na AB, de

forma descritiva ou avaliativa, sem limitação cronológica, acessíveis na íntegra em português, espanhol e inglês.

Na consulta aos referenciais bibliográficos, buscou-se a identificação de indicadores, medidas e parâmetros que conformaram uma proposta inicial da MAJ para análise dos especialistas. Foram realizadas oficinas de consenso que possibilitaram a discussão acerca das dimensões, critérios e indicadores propostos previamente, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência. Para as oficinas de consenso, utilizou-se a técnica do Comitê Tradicional, com participação de especialistas em avaliação e com familiaridade teórica e prática em relação ao processo de trabalho na AB (n=10). Como estratégia, enviou-se previamente aos especialistas uma proposta de matriz para análise e emissão de opinião acerca de sua concordância plena, parcial ou não concordância com cada um dos elementos propostos. A pesquisadora consolidou as análises acatando as concordâncias plenas e apresentando os dissensos em outros dois encontros presenciais, nos quais as decisões foram tomadas por consenso.

O Modelo final conta com 22 indicadores, 2 dimensões e 6 subdimensões. A dimensão Condições Estruturais aborda aspectos de *Infraestrutura*, *Pessoal* e *Apoio Tecnológico e Logístico* para que as equipes realizem suas atividades. A dimensão Condições Processuais analisa aspectos do processo de trabalho das equipes da AB, agrupados nas subdimensões: *Vínculo e Territorialização*, *Organização do Trabalho* e *Coordenação do Cuidado*. O detalhamento dos componentes da matriz de análise está apresentado no Quadro 1:

Quadro 1. Matriz de Análise da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde.

Matriz Avaliativa		Medidas	Parâmetros
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Infraestrutura	Espaço Físico Adequado para o desenvolvimento das ações	100%: BOM <100%: RUIM Ambas bom: BOM Demais: REG Ambas ruim: RUIM
		Existência de Suporte Tecnológico	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM ≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
		Recursos de Mobilidade da Equipe ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM
		Disponibilidade para o acesso	Sim: BOM Não: RUIM ≥ 90%: BOM <90%: RUIM Ambas bom: BOM Demais: REG Ambas ruim: RUIM
Pessoal	Pessoal	Cobertura Populacional ²	Até 10 mil hab = 100%: BOM Entre 10 e 50 mil = 80%: BOM Acima de 50 mil hab = 60%: BOM
		Adequação de Pessoal	100%: BOM <100%: RUIM
		Suporte Especializado ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM
		Educação Permanente ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM
			Continua...

Matriz Avaliativa		Medidas	Parâmetros	
CONDICÕES PROCESSUAIS	Apio Tecnológico e Logístico	Orientação de Fluxo de Encaminhamento ¹	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM	
		Normalização do Cuidado	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
	Vínculo e Territorialização	Canais de Comunicação	% de equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
		Participação Popular nas decisões	% de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM
		Identificação e Vulnerabilidade	% de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	100%: BOM <100%: RUIM
		Monitoramento	% de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
	Organização do Trabalho	Foco na Família	% de equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
		Ações Intersetoriais	% de equipes da AB atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
		Planejamento Conjunto	% de equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações	100%: BOM <100%: RUIM
		Ações Compartilhadas	% de equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
Continuação...			Continua...	

Matriz Avaliativa		Medidas	Parâmetros		
CONDIÇÕES ESTRUTURAIS	Coordenação do Cuidado	Acolhimento	% de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento	100%: BOM <100%: RUIIM	Ambas bom: BOM Demais: REG
			% de equipes da AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	Ambas ruim: RUIIM
		Encaminhamento	% de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	
		Acompanhamento	% de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	
		Responsabilização	% de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, com calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos	≥ 90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIIM	
	Infraestrutura	Espaço Físico Adequado para o desenvolvimento das ações	% UBS com sala de observação	100%: BOM (7) <100%: RUIIM (0)	Ambas bom: BOM (7) Demais: REG (5)
			% UBS com sala de atividades coletivas	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIIM (0)	Ambas ruim: RUIIM (0)
		Existência de Suporte Tecnológico	% UBS com no mínimo 1 consultório com computador com acesso a internet	≥ 90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIIM (0)	
			% UBS com disponibilidade de veículo que responda as necessidades da equipe	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIIM (0)	
		Disponibilidade para o acesso	Existência de UBS funcionando em horário noturno	Sim: BOM (7) Não: RUIIM (0)	Ambas bom: BOM (7) Demais: REG (5)
% de UBS funciona 40hs/semanais	≥ 90%: BOM (7) <90%: RUIIM (0)		Ambas ruim: RUIIM (0)		
			Continua...		

Matriz Avaliativa		Medidas	Parâmetros	
CONDICÕES PROCESSUAIS				
Continuação...	Apoyo Tecnológico e Logístico	Pessoal	Cobertura Populacional ²	Até 10 mil hab = 100%; BOM (7) Entre 10 e 50 mil = 80%; BOM (7) Acima de 50 mil hab = 60%; BOM (7)
			Adequação de Pessoal	100%; BOM (7) <100%; RUIM (0)
			Suporte Especializado ¹	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)
			Educação Permanente ¹	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)
			Orientação de Fluxo de Encaminhamento ¹	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)
Vínculo e Territorialização	Canais de Comunicação	Participação Popular nas decisões¹	% de equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental	≥ 90%; BOM (7) 89% a 75%; REG (5) <75%; RUIM (0)
			% de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	≥ 90%; BOM (7) 89% a 75%; REG (5) <75%; RUIM (0)
			% de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)
			% de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	100%; BOM (7) <100%; RUIM (0)
			% de equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	≥ 90%; BOM (7) 89% a 75%; REG (5) <75%; RUIM (0)
Monitoramento				Continua...

Matriz Avaliativa		Medidas	Parâmetros
Conclusão	Organização do Trabalho	% de equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
		Ações Intersetoriais	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
		Planejamento Conjunto	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0)
		Ações Compartilhadas	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
		Coordenação do Cuidado	% de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento
% de equipes da AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)		
CONDIÇÕES PROCESSUAIS	Coordenação do Cuidado	% de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
		% de equipes da AB que obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
		% de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, com calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)

Legenda: REG = REGULAR; INTERV = INTERVALO

1. Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.
2. Parâmetro definido conforme Portaria 1007/2010³⁸ para classificação de incentivos financeiros.

O modelo avaliativo construído e validado na primeira etapa orientou a classificação dos municípios catarinenses quanto à gestão municipal para o processo de trabalho das equipes da AB. Foram utilizadas informações dos municípios catarinenses constantes no banco de dados da avaliação externa do PMAQ, em 2013, cujo Módulo II versa integralmente sobre aspectos do trabalho das equipes da AB, enquanto o Módulo I aborda aspectos da estrutura das Unidades de Saúde e da composição das equipes. Foram consultadas outras bases de dados de informação secundárias disponíveis no *site* do DATASUS, de domínio público, conforme necessidade apontada na matriz avaliativa.

As informações obtidas sobre as equipes foram agregadas no nível municipal para emissão de juízo de valor. Os municípios foram analisados entre seus pares, segundo porte populacional, e a emissão de juízo de valor foi orientada pelos parâmetros definidos na matriz de análise e julgamento acordada nas oficinas de consenso (Quadros 1 e 2).

A MAJ possibilita a análise da gestão municipal nos diferentes elementos avaliativos, de modo a identificar pontos de fragilidade e potencialidades. Para o julgamento das subdimensões, dimensões e da gestão, adotou-se o somatório dos pontos observados confrontados com o potencial esperado ($\sum \text{valor observado} * 100 / \sum \text{valor esperado}$). O município foi classificado como “bom” quando atingiu pelo menos 80% do valor esperado, como “ruim” quando alcançou no máximo 50% e como “regular” nas demais situações. Em função de a dimensão Condições Processuais ser fundamental para o objeto avaliado, os valores atribuídos aos seus elementos de análise foram superiores aos da dimensão Condições Estruturais.

Na apresentação do resultado dos municípios, foi utilizado o *software TabWin 32.00*®, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para construção dos mapas de distribuição espacial com a classificação dos municípios catarinenses, segundo as dimensões Condições Estruturais e Condições Processuais, além do julgamento de valor da gestão municipal para o processo de trabalho na AB.

Os dados foram processados em planilha eletrônica, realizando-se análises conforme distribuição de frequências absolutas e relativas. Para os testes de associação, foi realizada análise bivariada por meio do teste exato de Fisher, considerando como nível de significância estatística o valor de 5% ($p < 0,05$).

A base de informações deste estudo é composta por dados secundários de domínio público da avaliação externa do PMAQ. Assim, a resolução 196/96 não se aplica, dispensando a aprovação pelo Comitê de Ética.

Quadro 2. Matriz de Julgamento da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde.

Matriz Avaliativa			Valor Máximo Esperado					
			Indicadores	Subdimensão	Dimensão	Gestão		
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Infraestrutura	Espaço Físico adequado para o desenvolvimento das ações	10	40	100	340		
		Existência de suporte tecnológico ¹	10					
		Recursos de mobilidade da Equipe ¹	10					
		Disponibilidade para o acesso	10					
	Pessoal	Cobertura Populacional ²	10	40				
		Adequação de Pessoal	10					
		Suporte Especializado ¹	10					
		Educação Permanente ¹	10					
	Apoio Tecnológico e Logístico	Orientação de Fluxo de Encaminhamento ¹	10	20				
		Normatização do Cuidado	10					
CONDICÕES PROCESSUAIS	Vínculo e Territorialização	Canais de Comunicação	20	80	240			
		Participação Popular nas decisões ¹	20					
		Identificação e Vulnerabilidade	20					
		Monitoramento	20					
	Organização do Trabalho	Foco na Família	20	80				
		Ações Intersetoriais	20					
		Planejamento Conjunto	20					
		Ações Compartilhadas	20					
	Coordenação do Cuidado	Acolhimento	20	80				
		Encaminhamento	20					
		Acompanhamento	20					
		Responsabilização	20					

1. Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.

2. Parâmetro definido conforme Portaria 1007/2010¹⁰ para classificação de incentivos financeiros.

Resultados

A classificação dos municípios catarinenses está exposta na Tabela 1, apresentada na sequência. A gestão municipal do processo de trabalho na AB foi considerada satisfatória em apenas 10,7% dos municípios catarinenses. Entre as duas dimensões inseridas na análise destacam-se as Condições Estruturais, que trata de elementos de suporte e de apoio fornecidos pela gestão para que o processo de trabalho ocorra de acordo com o preconizado e esperado na AB, e na qual apenas 23,3% dos municípios foram avaliados como bons, quase o dobro da outra dimensão de análise nesse estudo.

Uma análise detalhada das Condições Estruturais permite observar melhor resultado na subdimensão *Infraestrutura* (31,7%), com destaque para “Recursos de mobilidade da equipe” e “Existência de suporte tecnológico”, com mais de 70% dos municípios considerados bons. “Disponibilidade para o acesso”, que considerou o horário de funcionamento das UBSs e a disponibilidade de, pelo menos, uma UBS com horário estendido, não foi tão satisfatório.

“Suporte especializado” e “Educação permanente” foram destaques na análise qualitativa e quantitativa de *Pessoal*, com mais de 80% dos municípios avaliados como bons. Em contrapartida, o indicador “Adequação de pessoal” apresentou-se insatisfatório. Uma parcela significativa de municípios (42,8%) ainda não possui profissionais da saúde bucal (dentista e auxiliar de saúde bucal) em todas as equipes da AB.

O pior desempenho na análise estrutural foi da subdimensão *Apoio Tecnológico e Logístico*, com menos de 14,8% dos municípios classificados como bons. Nesta, é preocupante o resultado alcançado pelo indicador “Normatização do cuidado”, que se refere à utilização de protocolos para estratificação de riscos em agravos elencados como prioritários na AB.

A segunda dimensão do estudo analisa aspectos da organização do processo de trabalho com foco no indivíduo/família, reconhecendo seu ambiente físico e social de forma integral e contínua, e em conformidade com os princípios do SUS, expressando Condições Processuais, com apenas 12,9% dos municípios foram considerados bons. Nela chama atenção a *Organização do Trabalho e Coordenação do Cuidado*, com aproximadamente 90% dos municípios classificados como ruins e regulares.

Tabela 1. Número e Percentual de Municípios segundo a classificação na avaliação da gestão municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde para indicadores, subdimensões, dimensões e gestão.

Indicadores	Dimensão		Classificação					
	Subdimensão		Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condições Estruturais	70	25,8	138	50,9	63	23,3		
<i>Infraestrutura</i>	85	31,4	100	36,9	86	31,7		
Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações	23	8,5	150	55,3	98	36,2		
Existência de suporte tecnológico	60	22,1	16	5,9	195	72,0		
Recursos de mobilidade da equipe	46	17,0	17	6,3	208	76,7		
Disponibilidade para o acesso	39	14,4	198	73,1	34	12,5		
<i>Pessoal</i>	79	29,2	115	42,4	77	28,4		
Cobertura populacional	106	39,1	-	-	165	60,9		
Adequação de Pessoal	116	42,8	4	1,5	151	55,7		
Suporte Especializado	40	14,8	-	-	231	85,2		
Educação Permanente	43	15,9	6	2,2	222	81,9		
<i>Apoio Tecnológico e Logístico</i>	223	82,3	8	2,9	40	14,8		
Orientação de Fluxo de Encaminhamento	66	24,3	33	12,2	172	63,5		
Normatização do Cuidado	204	75,3	11	4,0	56	20,7		
Condições Processuais	101	37,3	135	49,8	35	12,9		
<i>Vínculo e Territorialização</i>	41	15,1	95	35,1	135	49,8		
Canais de comunicação	30	11,1	10	3,7	231	85,2		
Participação popular nas decisões	59	21,8	77	28,4	135	49,8		
Identificação de vulnerabilidade	34	12,5	-	-	237	87,5		
Monitoramento	48	17,7	27	10,0	196	72,3		
<i>Organização do Trabalho</i>	195	72,0	57	21,0	19	7,0		
Foco na família	43	15,9	9	3,3	219	80,8		
Ações Intersetoriais	236	87,1	3	1,1	32	11,8		
Planejamento conjunto	82	30,3	-	-	189	69,7		
Ações compartilhadas	189	69,7	20	7,4	62	22,9		
<i>Coordenação do Cuidado</i>	196	72,3	56	20,7	19	7,0		
Acolhimento	5	1,9	77	28,4	189	69,7		
Encaminhamento	79	29,1	26	9,6	166	61,3		
Acompanhamento	214	79,0	10	3,7	47	17,3		
Responsabilização	204	75,3	19	7,0	48	17,7		
Gestão do Processo de Trabalho na ABS	86	31,7	156	57,6	29	10,7		

Na *Organização do Trabalho*, as “Ações intersetoriais” e “Ações compartilhadas” foram consideradas ruins em 87,1% e 69,7% dos elementos analisados, respectivamente. Na *Coordenação do Cuidado*, a situação agrava-se, com destaque para os indicadores “Acompanhamento” e “Responsabilização”, com pouco mais de 17% dos municípios avaliados como bons nos aspectos de contrarreferência das especialidades e na realização de busca ativa para as situações hipertensos e diabéticos, pré-natal, exames citopatológico e vacinas em atraso.

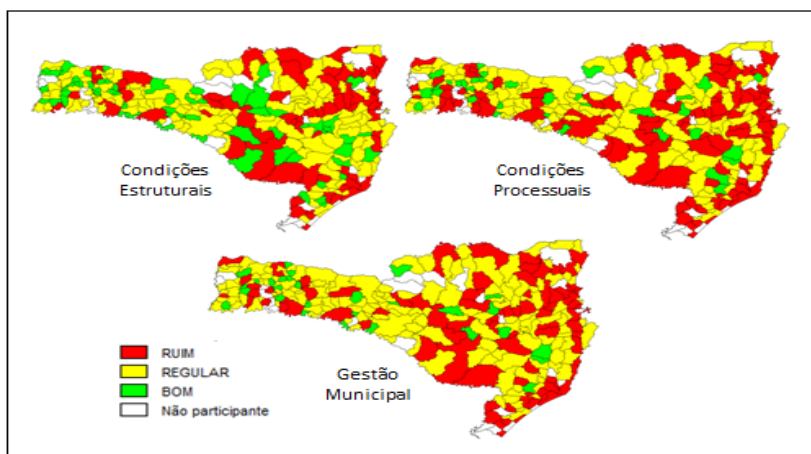
Na análise segundo o porte populacional, observa-se que municípios menores apresentam melhor classificação que os maiores, tanto nas dimensões quanto na avaliação geral da gestão municipal. Aproximadamente metade dos municípios de porte até 5 mil habitantes destacaram-se como satisfatórios na dimensão Condições Estruturais, observando-se um declínio na classificação à medida que aumenta o porte populacional. Nas Condições Processuais, pouco mais de um quarto dos municípios de menor porte populacional foram considerados “Bons”, enquanto apenas 7% dos municípios com população acima de 25 mil tiveram classificação semelhante (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde, segundo o Porte Populacional.

Nº de habitantes	Classificação		RUIIM		REGULAR		BOM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestão Municipal								
	<i><0,001*</i>							
Até 5 mil hab	6	6,8	60	68,2	22	25,0		
De 5 a 10 mil hab	16	31,4	33	64,7	2	3,9		
De 10 a 25 mil hab	29	38,7	45	60,0	1	1,3		
Acima de 25 mil hab	35	61,4	18	31,6	4	7,0		
Condições Estruturais								
	<i><0,001*</i>							
Até 5 mil hab	5	5,7	40	45,4	43	48,9		
De 5 a 10 mil hab	11	21,6	28	54,9	12	23,5		
De 10 a 25 mil hab	18	24,0	51	68,0	6	8,0		
Acima de 25 mil hab	36	63,2	19	33,3	2	3,5		
Condições Processuais								
	<i><0,001*</i>							
Até 5 mil hab	13	14,8	50	56,8	25	28,4		
De 5 a 10 mil hab	21	41,2	26	51,0	4	7,8		
De 10 a 25 mil hab	33	44,0	40	53,3	2	2,7		
Acima de 25 mil hab	34	59,7	19	33,3	4	7,0		

*Valor-p utilizando Teste Exato de Fisher

Figura 1. Avaliação da Gestão Municipal para o Processo de Trabalho na ABS.



Na distribuição espacial da gestão municipal para o processo de trabalho na AB, observa-se que municípios do Oeste catarinense foram melhores avaliados que os municípios das regiões central e litoral. Menos de um quinto dos municípios do Oeste foram avaliados como “ruim” na dimensão Condições Estruturais, enquanto nas regiões central e litorânea esse percentual aumentou para 35,7% e 45,7%, respectivamente. Nas Condições Processuais, a região litorânea manteve comportamento idêntico ao da dimensão estrutural, diferente das regiões Oeste e central, que sofreram pequenas oscilações (Figura 1).

Discussão

A inclusão de municípios com 80% de adesão das equipes de AB à avaliação externa do PMAQ 2013, buscou assegurar a representatividade do processo de trabalho das equipes em um mesmo município, enquanto o número e a distribuição dos participantes representavam o Estado catarinense (91,9%).

As diferenças regionais encontradas no Estado deram-se de acordo com a concentração dos municípios de pequeno porte, em especial na região Oeste, que apresentaram melhor classificação quando comparados aos municípios de maior porte e das regiões central e litorânea, dados corroborados por outros estudos¹¹⁻¹².

A análise dos resultados demonstrou que a gestão municipal do

processo de trabalho na AB obteve um melhor desempenho na garantia de Condições Estruturais, demonstrando uma melhor condição no funcionamento dos serviços e no comprometimento da gestão municipal em buscar a superação dos problemas estruturais evidenciados ao longo da consolidação da AB, como também *Pessoal e Apoio Tecnológico e Logístico*. Estudo avaliativo¹³ já havia constatado que municípios menores apresentaram-se mais bem classificados quanto à estrutura, com a proporção de municípios de até 20 mil habitantes, nas categorias bom e médio, tendo sido significativamente maior que a proporção dos demais municípios, o que se assemelha bastante aos resultados encontrados no presente estudo. Nesta mesma perspectiva, investigação realizada em Pernambuco mostrou que as equipes da AB foram mais bem avaliadas quanto às suas estruturas, principalmente em municípios de pequeno porte¹⁴.

“Recursos de mobilidade das equipes” e “Existência de suporte tecnológico” foram os aspectos assegurados por maior número de gestores municipais, ou seja, veículo que atenda às necessidades das equipes e computador com acesso à internet em, pelo menos, um consultório. Contrastando com esse achado, estudos realizados nas regiões Sudeste e Nordeste identificaram como problemas a falta de computadores conectados à internet para transmissão de informações e carência na oferta de veículos para realização de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde nas comunidades¹⁵⁻¹⁷. Um estudo recente identificou acentuadas desigualdades regionais, ou seja, as regiões Norte e Nordeste apresentam os piores resultados tanto em relação à adequação da estrutura quanto ao processo de trabalho das equipes. A região Centro-Oeste chamou a atenção por possuir os maiores percentuais de adequação da estrutura das unidades de saúde; em contrapartida, apresentou baixo percentual de adequação do processo de trabalho entre as equipes de saúde¹⁸.

A “Disponibilidade para o acesso”, representando indicador mais crítico, demonstra que a AB, como entrada preferencial do sistema, possui barreiras decorrentes dos horários de funcionamento das unidades. A AB, ao pretender reorientar a atenção à saúde no SUS, precisa ter suas unidades funcionando, no mínimo, 40 horas/semanais, e contar com, pelo menos, uma unidade no município com horário estendido para atender às necessidades da população, de modo a diminuir barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços. Caso contrário, contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, os quais deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências. A dificuldade de acesso identificada impacta de forma negativa no que diz

respeito aos fundamentos e diretrizes propostos para a AB: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção. Estudos têm reafirmado este achado, identificando o horário de funcionamento adequado da unidade como item mais crítico¹⁹⁻²⁰. O acesso da comunidade e a forma de recepção constituem pontos importantes para viabilizar a execução dos princípios do SUS e, portanto, devem ser revistos e aperfeiçoados no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde²¹. Em Minas Gerais, a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários noturnos e finais de semana resultou em baixa resolubilidade, principalmente quando relacionada a eventos agudos²².

A avaliação satisfatória do “Suporte especializado”, seguido pela “Educação permanente” como facilitador para o desenvolvimento do processo de trabalho, na análise da subdimensão *Pessoal*, demonstra a preocupação da gestão em estruturar suas equipes com profissionais especializados e qualificados. Também no cenário nacional, as ações de educação permanente vêm se destacando no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes da AB²³⁻²⁴. Ao analisar a gestão do trabalho na atenção básica a partir das entrevistas realizadas pelo PMAQ no primeiro ciclo, 81,1% dos profissionais entrevistados afirmaram que gestão municipal ofertava ações de educação permanente, com destaque para participação no Telessaúde e nos cursos presenciais²⁴.

Na “Adequação de pessoal”, observou-se insuficiência de profissionais de saúde bucal nas equipes de AB, embora a atenção à saúde bucal seja indissociável dos demais serviços de saúde ofertados pela AB. Um estudo identificou que a expansão da assistência em saúde bucal no Brasil não acompanhou o mesmo ritmo das equipes de AB²⁵. Uma análise comparativa entre as coberturas populacional da ESB e ESF nos municípios de Jaboatão dos Guararapes-PE, Recife-PE, Olinda-PE e Paulista-PE, permitiu observar baixa cobertura populacional de ESB: 30,0%, 26,3%, 25,6% e 19,5%, respectivamente²⁶. Nesta mesma perspectiva, Collussi e Calvo, ao aplicarem um modelo de avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal nos municípios catarinenses, constataram relação desfavorável entre o número de profissionais auxiliares e cirurgiões-dentistas¹¹. As autoras observaram que, dos 293 municípios estudados, 165 não ofertavam serviços odontológicos em todas as suas unidades básicas de saúde, indicando a dificuldade na efetivação do princípio da integralidade da atenção. Os problemas concentram-se tanto no contingente de recursos humanos (quantitativo de cirurgiões-dentistas disponíveis 40 horas semanais e de profissionais

auxiliares insuficientes para exercer a longitudinalidade da atenção) quanto no estabelecimento e ampliação dos serviços odontológicos na atenção básica²⁷. Na prática atual, a ausência de profissionais da saúde bucal tem causado descontentamento de trabalhadores e usuários, os quais fazem críticas ao desenvolvimento das práticas focalizadas, pontuais e pouco resolutivas, com dificuldade de estabelecimento de vínculo com a comunidade²³.

No *Apoio Tecnológico e Logístico*, a “Normatização do cuidado” foi entendida como a utilização de protocolos mínimos já preconizados nos cadernos da AB, e observou-se o descumprimento por parte da maioria dos municípios catarinenses analisados. Uma investigação realizada especificamente para avaliar o processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na AB, entendeu como importante para normatização do cuidado o uso de protocolo, corroborando com a construção da avaliativa da gestão municipal para o processo de trabalho na AB¹⁸. O uso de protocolos permite que os profissionais possam exercer suas decisões clínicas baseados em conhecimento e normativas legais que resguardem juridicamente suas práticas²⁸. Também serviria para lidar com a complexidade das tecnologias de cuidado produtoras de saúde, conforme previsto na PNAB¹. Utilizar protocolos valoriza o cuidado e desloca a centralidade do trabalho médico em favor da atuação coordenada de outros profissionais, ajudando a superar a fragmentação. No Estado do Amazonas, dados mostram que os protocolos preconizados são realizados apenas parcialmente²⁹. Tais problemas não são novos e nem exclusivos da Amazônia, já tendo sido percebidos em pesquisas anteriores realizadas e representando um dos grandes obstáculos à consolidação da AB³⁰. Achados provenientes do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado no Estado da Paraíba, mostram que, de 223 municípios, totalizando 1.568 unidades de saúde, 39,7% aderiram ao PMAQ-AB e 60,3% apenas participaram do censo da estrutura física. Quando avaliada a existência de protocolos, 75% das unidades responderam negativamente¹⁶.

Na dimensão Condições Processuais, o desempenho alcançado pelos municípios foi muito baixo, o que sugere a falta de comprometimento por parte da gestão e das equipes com o processo de trabalho. Na subdimensão *Vínculo e Territorialização*, o resultado alcançado demonstra a precariedade nas relações gestão-profissionais-usuários, principalmente no indicador “Participação popular nas decisões”. Estudo realizado no Rio de Janeiro revela que os representantes dos usuários presentes nos colegiados e nos conselhos apresentavam dificuldades para compreender alguns processos e o modelo de atenção à saúde vigente³¹. Esta falta de entendimento

prejudica a dinâmica de funcionamento dos espaços participativos e das suas atribuições como participantes. Corroborando estes resultados, pesquisadores testemunharam a dificuldade existente para se exercitar o diálogo como estratégia primordial à consolidação da participação popular em comunidade. Isso porque os profissionais não valorizam o espaço de diálogo como oportunidade de aprender com o saber popular e a população utiliza o espaço de participação popular apenas como “balcão de reclamações” sobre os atendimentos de saúde³². Corroborando a classificação obtida na pesquisa, também em estado nordestino, com informações a partir da base de dados do PMAQ, constatou-se que apenas 50% das equipes possuem conselhos locais de saúde ou instâncias colegiadas equivalentes³³.

As subdimensões *Organização do Trabalho* e *Coordenação do Cuidado* destacaram-se com os piores desempenhos, agravando ainda mais o resultado negativo alcançado pela gestão do processo de trabalho no AB. Na *Organização do Trabalho*, destaque para as “Ações intersetoriais” e as “Ações compartilhadas”. Além das condições estruturais, é preciso garantir articulação entre os setores externos ao setor saúde, principalmente os setores educação, planejamento urbano e segurança³⁴⁻³⁵. A participação de outros setores é de vital importância para que sejam discutidas situações de saúde envolvendo problemas ambientais vivenciados por indivíduos e coletividades. Estudo avaliando 293 municípios catarinenses classificou a maioria dos municípios como “regular” na dimensão de Garantia das Relações, sugerindo que a interação entre os setores de interesse para o desenvolvimento das ações em saúde ainda é incipiente e representa um desafio a ser superado pelos governos locais¹².

Na *Coordenação do Cuidado*, o desempenho dos indicadores “Acompanhamento” e “Responsabilização” foi deficitário. A *Coordenação do Cuidado* compreende a sincronicidade de ações de “Acolhimento”, “Encaminhamento”, “Monitoramento” e “Responsabilização”, independentemente do ponto de atenção no qual o indivíduo esteja no sistema. Achados nacionais vêm ao encontro da pesquisa, mostrando que ações da coordenação do cuidado ainda são incipientes, com menos de 1/3 das equipes declarando contatar o especialista para trocar informações e discutir casos relativos aos pacientes encaminhados²⁴. Na região do semiárido nordestino, no Estado da Bahia, observou-se que a responsabilização do cuidado não era desenvolvida em equipe e, sim, centrada em alguns profissionais²³. Quando avaliados estrutura e processo de trabalho na prevenção do

câncer de colo de útero na AB, os autores utilizaram o termo segmento pós-tratamento para expressar a responsabilização, entendendo que ações de busca ativa fortalecem o processo de trabalho na AB¹⁸.

A coordenação do cuidado na AB deve oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos o acompanhamento necessário para encontrar seu caminho através do sistema de saúde, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante³⁶.

Um dos grandes desafios do SUS é qualificar a AB para exercer a coordenação do cuidado e reorganizar pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades³⁷⁻³⁸. A literatura aponta que, no acompanhamento dos usuários, o agente comunitário de saúde (ACS) é quem mais se destaca ao longo do tempo, configurando-se como profissional que melhor conhece a realidade da população. Por outro lado, os demais membros da equipe não estão efetivamente envolvidos. O médico é o profissional menos integrado na atuação interdisciplinar, centrando suas ações ainda no modelo tradicional²². Na microrregião de Alfenas, Minas Gerais, há carência de mecanismos que assegurem a coordenação do cuidado. A contrarreferência dos serviços secundários e terciários para a garantia da qualidade da AB foi a maior deficiência encontrada, pois, se o usuário acessa a AB e não consegue dar continuidade ao projeto terapêutico em níveis assistenciais de maior complexidade, a resolubilidade fica comprometida e desacreditada²².

Mesmo com os limites apontados, verificou-se a presença de aspectos potencializadores de melhorias nas ações da gestão para o processo de trabalho, como os identificados nas Condições Estruturais. Contudo, apenas os aspectos estruturais não garantem o desenvolvimento de uma gestão do processo de trabalho com qualidade na AB. Uma classificação satisfatória na gestão municipal para o processo de trabalho exige a consolidação das relações e o comprometimento com o cuidado prestado ao usuário do SUS.

Considerações Finais

O estudo identificou alguns avanços da gestão da AB, principalmente nas condições estruturais e, mais especialmente, no aporte tecnológico, mobilidade da equipe, suporte especializado e

educação permanente. Nas condições processuais, foram observados entraves em elementos importantes, como participação popular, ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do usuário. Isso remete à reflexão de que os problemas não se concentram apenas na disponibilidade de recursos e, sim, na formação profissional, que ainda está direcionada à execução do trabalho de forma fragmentada.

Investimentos realizados pelo Ministério da Saúde, através dos financiamentos que induzem melhorias estruturais e aquisição de equipamentos neste nível de atenção, podem estar colaborando para esse resultado e devem ser ampliados.

Avanços ocorreram desde a proposição do SUS, mas ainda há um caminho longo para assegurar uma AB resolutiva e ordenadora do cuidado, conforme preconiza a legislação e normativas.

Colaboradores

KCF e PMOM trabalharam na revisão bibliográfica, análise de dados e concepção do artigo. JTL trabalhou na orientação na pesquisa, análise de dados, delineamento e revisão do artigo.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011 Out 24;204:55.
2. Ferreira VL. As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Curso de Medicina Social; 2012.
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Col [periódico na Internet] 2006 [acessado 2015 Jul 12];11(3):553-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária em saúde. Rio de

Janeiro: Fiocruz; 2008.

5. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev Bras Saúde Mater Infantil* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2015 Jul 12];9(3):339-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n3/13.pdf>
6. Santana AMB, Assis FG, Andrade LDF, Lira PRB. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* [periódico na Internet] 2013 Ago/Dez [acessado 2015 Jul 12];11(2):3-10. Disponível em: http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1042/pdf_31
7. Brasil. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011 Jul 20;1:79.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2015 Jul 12];1:11-31. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estados@: Santa Catarina* [Internet]. Brasília: IBGE; 2013 [acessado 2015 Jul 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2010 Maio 05;1:36.

11. Colussi C, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet] 2011 Set [acessado 2015 Jul 12];27:1731-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/07.pdf>
12. Lacerda JT, Calvo MCM, Berretta IQ, Ortiga AMG. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc Saúde Col* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 Jul 12];17(4):851-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a08>
13. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc Saúde Col* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2015 Jul 12];14(supl.1):1359-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a08v14s1.pdf>
14. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2015 Jul 12];39(104):88-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00088.pdf>
15. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 Out [acessado 2015 Jul 12];38(n.spe):195-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0195.pdf>
16. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 Out [acessado 2015 Jul 12];38(n. spe):209-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>
17. Garcia ACP, Andrade MAC, Zandonade E, Prado TN, Freitas PSS, Cola JP, Galavote HS, Contarato PC, Lima RCD. Análise da

organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 Out [acessado 2015 Jul 12];38(n.spe):221-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0221.pdf>

18. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saúde Mater Infantil* [periódico na Internet] 2015 abr/jun [acessado 2015 Jul 12];15(2):171-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>
19. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, Ribeiro SVO, Dias MSA, Silva RA. Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Col* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2015 Jul 12];18(11):3321-31. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>
20. Moreira RN, Reis DTC, Bizarria FPA, Barbosa FLS. Qualidade de serviços: análise de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Gestão Saúde* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2015 Jul 12];06(2):1267-88. Disponível em: http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1097/pdf_1
21. Lopes AS. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Saúde Coletiva; 2014.
22. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [periódico na Internet] 2013 Out-Dez [acessado 2015 Jul 12];8(29):294-303. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/587>

23. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB; Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet] 2014 Out-Dez [acessado 2015 Jul 12];23(4):1077-86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf
24. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 Out [acessado 2015 Jul 12];38(n. spe):94-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>
25. Carnut L, Silva JL. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. *J Manag Prim Health Care* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 Jul 12];3(2):186-96. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/68/62>
26. Sampaio DML, Albuquerque EDM, Silva JL, Junior PRMA. Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde bucal na região metropolitana do Recife: uma análise diagnóstica comparativo-situacional. *Anais do 10th Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2012 Nov 14-18; Recife. Porto Alegre: Anais Saúde Coletiva; 2012. Disponível em: <http://www.http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva>
27. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet] 2014 Fev [acessado 2015 Jul 12];30(2):318-32. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0318.pdf>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
29. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF.

- Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de saúde da família na Amazônia. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2015 Jul 12];38(n. spe):158-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0158.pdf>
30. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008;24(supl. 1):159-72.
31. Floresta WMC. Espaços participativos em saúde na atenção primária: itinerários descritivos no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Curso de Ciências; 2014.
32. Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, Araújo TAM, Vasconcelos ACCP. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 Jul 12];21(4):1087-1100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>
33. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2014 Out [acessado 2015 Jul 12];38(n. esp):52-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>
34. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde* [periódico na Internet] 2010 Nov/2011 Fev [acessado 2015 Jul 12];8(3):387-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>
35. Pereira RR. Plano diretor como instrumento para promoção da saúde: um estudo de caso em Nova Friburgo (RJ). *Rev Baiana Saúde Pública* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2015 Jul

- 12];34(3):612-22. Disponível em:
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/60/59>
36. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2th ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
37. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm [periódico na Internet] 2013 [acessado 2015 Jul 12];66(n. spe):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
38. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na Internet] 2011 [acessado 2015 Jul 12];15(4):802-10. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a20v15n4.pdf>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica foi construída por uma inquietação vivenciada pela pesquisadora na prática do serviço. A experiência adquirida na vida profissional, mais especificamente como protagonista na AB, desencadeou a necessidade de conhecer a realidade dos gestores municipais em administrar esse nível de atenção que, cada vez mais, exige um olhar diferenciado dentro do sistema de saúde. No início, a proposta era avaliar o município de atuação, mas, ao explorar o tema, percebeu-se a necessidade e a relevância em expandir a pesquisa para todos os municípios catarinenses, no intuito de conhecer as mais diversas realidades e a classificação das gestões municipais.

A pesquisa bibliográfica foi minuciosamente estruturada com o objetivo de identificar quais elementos importantes devem compor a melhor estrutura para a avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na AB, de modo que os gestores tenham êxito na oferta de serviços de qualidade para população. Nessa fase do estudo, foi possível definir qual seria o melhor arranjo para compor o desenvolvimento do processo de trabalho em tal nível de atenção. A escolha dos elementos relevantes para o desenvolvimento do processo de trabalho na AB sempre esteve focada em ações fortalecedoras desse nível de atenção. A busca resultou na construção do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa. A elaboração do modelo e da matriz foi um dos grandes desafios da pesquisa, para cuja superação foi de fundamental importância a participação de especialistas nas oficinas de consenso, o que resultou no alcance dos objetivos.

A preocupação em fortalecer este nível de atenção como porta de entrada preferencial para o SUS também é evidenciada pelo Ministério da Saúde ao induzir fortemente processos avaliativos. Ressalta-se que a institucionalização de processos avaliativos no SUS é um dos grandes desafios a serem superados, pois é extremamente importante que esse processo seja contínuo e sistemático.

Nessa perspectiva, a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e cria um componente de avaliação da qualidade, o PMAQ-AB, que valoriza e premia as equipes da AB de forma contínua,

mediante o cumprimento de metas e alcance de resultados. Esta estratégia surge para superar algumas dificuldades encontradas por gestores e profissionais ao desenvolverem suas ações.

Como o PMAQ possui um vasto banco de dados, optou-se por utilizá-lo na coleta de dados para a pesquisa. A utilização de dados secundários facilita alguns processos durante uma investigação, como a dispensa da visita do pesquisador, em lócus, para verificar determinada realidade. Em contrapartida, ao captar as informações do banco PMAQ, foram encontradas algumas limitações, como inconsistência e até ausência de informações.

Os entraves vivenciados durante o estudo não foram suficientes para sua interrupção e o resultado final superou todas as dificuldades. Reconhecer a realidade dos municípios catarinenses foi um pouco frustrante no início, mas a mesma não se diferencia do cenário nacional. Foi possível identificar alguns avanços da gestão da AB, principalmente nas condições estruturais, como a existência de suporte tecnológico, a disponibilidade de veículos que atendam às necessidades das equipes, o suporte especializado e o desenvolvimento da educação permanente. Nas condições processuais, o resultado não foi satisfatório, demonstrando entraves sérios em elementos importantes, como a participação popular, as ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do usuário, independentemente da sua localização no sistema. Isso remete à reflexão de que os problemas não se concentram apenas na disponibilidade de recursos e, sim, na formação profissional, ainda direcionada à execução do trabalho de forma fragmentada.

A classificação satisfatória de apenas 29 municípios de Santa Catarina sinaliza o quanto ainda há que se avançar rumo a uma AB de qualidade. Vale ressaltar a importância do engajamento dos gestores, dos profissionais e dos usuários para consolidação da AB, conforme preconiza a PNAB. Ao finalizar este trabalho, propõe-se, que o problema não seja somente procurado nas formulações teóricas do modelo, e sim na operacionalização, no cotidiano das ações locais prestadas à comunidade. Trata-se de amenizar as barreiras que existem entre os dois extremos do sistema, aproximando a teoria e a prática, que necessita da operacionalização das suas ações, transformados, de fato, em serviços de saúde eficientes e eficazes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marlise Capa Verde de *et al.* Registros em saúde como instrumento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá (PR), v. 8, n. 3, p. 305-12, jul./set. 2009.

AMORIM, Anne Caroline Coelho Leal Árias et al. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-86, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-49, mar./abr. 2005.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-32.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Online]**, v. 15, n. 4, p. 802-10, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a20v15n4.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-57, 2013.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro; OLIVEIRA, Leda Maria Leal de. O acolhimento na atenção primária à saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? **Rev. APS [Online]**,

Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 126-38, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1451/624>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BARRETO, Maurício L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-38, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20388.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BARROS, Elizabeth. Controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994. p. 35-6.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-54, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/08.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BERTUSSI, Débora. **Caminhos para a educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BODSTEIN, Regina. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o programa saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1336-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a03v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Revista de Saúde Pública**, cidade, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 Dez. 1990a, Seção 1, n. 182, p. 01. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 07 abr. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 set. 1990b. Seção 1, n. 182, p. 01. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 07 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: MS, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 29 mar. 2006, Seção I, p. 71, Col. 1.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. **Relatório Final**. Brasília: Ministério de Saúde, 2008.

_____. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 dez. 2010a. Seção I, p. 88, Col. 2.

Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 jun. 2011.

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 05 maio 2010c, Seção I, p. 36.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 24 out. 2011a, n. 204, p. 55.

_____. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 jul. 2011b, Seção I, p. 79.

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

_____. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios**: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BURSZTYN, Ivani et al. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. **Revista de Salud Pública**, cidade, v. 12, n. 1, p. 77-88, 2010.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político- institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S58-S68, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, cidade, v. 5, n. 1, p. 63-9, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; GUERREIRO, André Vinicius Pires. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-53.

CARDOSO, Marcelle de Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Lúgia Maria. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-84, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n7/06.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CARNUT, Leonardo; SILVA, João Luís da. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. **J. Manag. Prim. Health Care [Online]**, v. 3, n. 2, p. 186-96, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/68/62>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CASSADY, Charlyn E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatric**, n. 105, n. 4 Pt. 2, p. 998-1003, Apr. 2000.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc. [Online]**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-47, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>>.

Acesso em: 17 mar. 2015.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luis de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte?** um estudo sobre o perfil. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2005. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-84, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-27.

CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out./dez. 2013.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-45, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/07.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual:** causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ - IRD, 2007.

_____; _____. GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil [Online]**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. 14-27, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-94, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Is the institucionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-59, abr./jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0310_7.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015

_____. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-48.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

COSTA, Filipe Ferreira; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 557-70, abr./jun. 2014.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-100, out./dez. 2012.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 16, Suppl. 1, p. 1029-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a03v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

DALCIN, Margarida; GOULART, Gyovana da Rosa; MAGAJEWSKI, Flavio Ricardo Liberali. Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville-SC. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 114-22, jan./mar. 2010.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 121, n. 11, p. 1145-50, nov. 1997.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of medical care: methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200, p. 856-64, 1978.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUSSAULT, Giles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.

633-41, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. S159-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia (Uberlândia)**, v. 9, n. 16, p. 131-47, jun. 2013.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-63, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-57, 2009.

_____; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO, Isabela et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 143-60.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Curso de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v.11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

FLORESTA, Waleska Menengat Corrêa. **Espaços participativos em saúde na atenção primária: itinerários descritivos no município do Rio de Janeiro**. 2014. 139f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

FONSECA, Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-52, set./dez. 2013.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.151-63, 2012.

_____; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.

FURTADO, Adolfo. Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: implicações para a gestão de recursos humanos. In: SANTANA, José Paranaguá de. (Org.). **Perspectivas para a gestão do trabalho no sistema único de saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1994. p. 1-18.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p. 221-36, out. 2014.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de saúde da família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p. 158-72, out. 2014.

GÉRVAS, Juan; PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes. **Uma atenção primária forte no Brasil: Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família**. Madri (ES), 2011. Disponível em:

<http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugu es.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. S7-S27, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção primária em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-64, abr./jun. 2010.

_____. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

_____. STEGMÜLLER, Klaus. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 1, p. 101-13, 2014.

GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; CAETANO, João Carlos. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-32, fev. 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0318.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde Soc.**, São Paulo (SP), v. 13, n. 2, p. 20-31,

maio/ago. 2004.

GOMES, Maria Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Com. Saúde Educ.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

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

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, out.-dez. 2013.

HEIMANN, Luiza S. A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas. **Relatório Final**. São Paulo: Instituto de Saúde/SESSP, 1998.

HENAO MARTÍNEZ, Diana; VAZQUEZ NAVARRETE, Maria Luisa; VARGAS LORENZO, Ingrid. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac. Sanit.**, v. 23, n. 4, p. 280-6, jul.-aug. 2009.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-19, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____; _____. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1359-65, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a08v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>>. Acesso em: 17 mar.

2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Dados do Censo 2013**. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.censo2013ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=42>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____. Estados@: Santa Catarina. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 207-17, maio/Ago. 2013.

KLIKSBERG, Bernardo. A gerência na década de 90. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 59-85, jan./mar. 1988.

LACERDA, Josimari Telino de et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a08>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

LAMBERT, Edward C. **Modern medical mistakes**. Indiana: University Press, 1978.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.

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

LOPES, Adriana Santos. **Acolhimento prescrito x real**: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na estratégia saúde da família. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

- MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no sistema único de saúde de Belo Horizonte. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-67, abr.-jun. 2004.
- MEDICI, André Cezar. **A regulação do trabalho no âmbito da saúde**. Brasília: OPAS, 1993.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.
- _____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.
- MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- _____. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 141-63.
- _____; BARCELLOS, Christovam. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

_____; _____. O território na promoção e vigilância em saúde. In: CORBO, Ana Maria D'Andrea; FONSECA, Angélica Ferreira. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MORAES, Paulo Navarro; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-26, jul./set. 2013.

MOREIRA, Roseilda Nunes et al. Qualidade de serviços: análise de uma unidade do programa saúde da família. **Gestão Saúde [Online]**, Moreira (RN), v. 6, n. 2, p. 1267-88, 2015. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1097/pdf_1>. Acesso em: 17 mar.

MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. S69-S81, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07>>. Acesso em: 17 mar.

NICKEL, Daniela Alba; CALVO, Maria Cristina Marino; CAETANO, João Carlos. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 373-9, set./dez. 2009.

_____ et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-50, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400839&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2015.

_____. **Meta-avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina, com foco na utilização**. 2013. 143 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

- NOGUEIRA, R. R. O processo de serviços de Saúde. **Educ. Méd. Salud**, Washington, v. 25, n. 1, p. 15-27, 1991.
- OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33, Aug. 2006.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe., p. 158-64, 2013.
- OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256-63, out./dez. 2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS/OMS, 2010. (Série La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n° 4).
- _____. **Alma-Ata 1978**: cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: OMS/UNICEF, 1979.
- _____. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: PAHO/WHO, 2009.
- _____. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, N. espec., p. 73-8, ago. 2006.
- _____. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-73.

_____. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios [The Brazilian health system: history, advances, and challenges]. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, maio 2011.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-99, jul./dez. 2012.

PEREIRA, Rafaela Rodrigues. Plano diretor como instrumento para promoção da saúde: um estudo de caso em Nova Friburgo (RJ). **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 612-22, 2010.

PESSOA, Vanira Matos et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-62, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/09.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PIMENTEL, Fernando Castim; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SOUZA, Wayner Vieira de. A estratégia saúde da família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, jan./mar. 2015.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.) **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 17-41.

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

POTON, Wanêssa Lacerda; SZPILMAN, Ana Rosa Murad; SIQUEIRA, Márcia Portugal. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. **Rev. Bras. Pesqui. Saúde.**, Vitória, v. 13, n. 3, p. 57-61, 2011.

- PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da atenção básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 209-20, 2014.
- REIS, Regimarina Soares et al. Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-31, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- REIS, Yluska Almeida Coelho dos; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. S157-72, nov. 2010.
- RICO, Ana; SALTMAN, Richard B.; BOERMA, Wienke G. W. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. **Soc. Policy Adm.**, v. 37, n. 6, p. 592-608, dec. 2003.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-51, out. 2014.
- SAMICO, Isabela; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, Isabela et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap. 2, p. 15-28.
- SAMPAIO, D. M. L. et al. Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde bucal na região metropolitana do Recife: uma análise diagnóstica comparativo-situacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 10; Recife, 14 a 18 de Nov. 2012. Anais... Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. Disponível em: <<http://www.http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SANTANA, Aydwlha Moniq Barbosa de et al. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. **Rev. Univ. Vale Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 3-10, ago./dez. 2013.

SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal/RN: EDUFRN, 1999.

_____. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 219-33.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SARTI, Thiago Dias. **Avaliação da estratégia saúde da família no Espírito Santo utilizando o instrumento de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SCALCO, Sirllesia Vigarini. **Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde**. 2008. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-55, jun. 2012.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014.

SERAPIONI, Mauro; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade do programa saúde da família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-26, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3579-86, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. **J. Fam. Pract.**, n. 50, n. 2, p. 161-75, feb. 2001.

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES Carlos. As práticas desenvolvidas no programa saúde da família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-9, 2009.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-93, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-9, set./out. 2010.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia

Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, Lívia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS [Online]**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-_o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, Sílvio Fernandes. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS**. Campinas: Idisa/Conasems, 2008.

SILVA, Sílvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SOLLA, Jorge José dos Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

_____. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do sistema municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-43, dez. 2010.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-35, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

_____. **The primary solution**. Boston: Review, 2005. Disponível em: <<http://www.bostonreview.net/BR30.6/starfield.html>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

STENZEL, Ana Cecília Bastos. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. 258 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-12, 2014.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-40, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-34, 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Londrina, v. 38, n. esp., p. 52-68, out. 2014.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

TOMASI, Elaine et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil* [Online], Recife, v. 15, n. 2, p. 171-80, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC, NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE - NEPAS. **Avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina**. Projetos de Pesquisa. Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: <<http://nepas.ufsc.br/projetos-de-pesquisa/avaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina/>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

VAN WEEL, Chris; DE MAESENEER, Jan; ROBERTS, Richard. Integration of personal and community health care. *Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 871-2, sep. 2008.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública* [Online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-50, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

VITÓRIA, Angela Moreira et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285-93, out./dez. 2013.

WARNER, Kenneth E.; LUCE, Bryan R. **Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WIMMER, Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-54, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The World Health report 2008**: atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. Genebra: WHO, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Matriz de avaliação e julgamento composta das dimensões, subdimensões, indicadores, parâmetros e medidas utilizadas na avaliação da gestão municipal do processo de trabalho da atenção básica.

A matriz avaliativa é composta por 02 dimensões, 06 subdimensões, 22 indicadores e 25 medidas. O quadro abaixo apresenta a síntese da matriz cujos *rationales* estão expostos no Bloco 3:

DIMENSÃO CONDIÇÕES ESTRUTURAIS				
Subdimensão	Indicador	Medida	Cálculo	
Infraestrutura	Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações	%UBS com sala de observação	Número de UBS com sala de observação/número de UBS aderiram PMAQ x 100	
		%UBS com sala de atividades coletivas	Número de UBS com sala de atividades coletivas/número de UBS no município x 100 número de UBS aderiram PMAQ x 100	
	Existência suporte tecnológico	Existência de UBS com, no mínimo, 1 consultório equipado com computador e acesso à internet	Número de UBS com, no mínimo, 1 consultório com computador com acesso à internet/número de UBS aderiram PMAQ x 100	
	Recursos de mobilidade da equipe	% UBS com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe	Número de UBS disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe/número de UBS aderiram PMAQ x 100	
	Disponibilidade para o acesso	%de UBS funcionando em horário noturno	Número de UBS funcionando em horário noturno/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Número de UBS funcionando em horário noturno/número de UBS aderiram PMAQ x 100
		%de UBS funciona 40hs/semanais	%de UBS funciona 40hs/semanais	Número de UBS que funciona 40hr/semanais/número de UBS aderiram PMAQ x 100
Pessoal	Cobertura populacional	% população com cobertura da equipe de AB	Nº equipes da AB * 3000/total da população * 100	
	Adequação de pessoal	% de equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo Saúde Bucal	Número de equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo Saúde Bucal/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	
	Suporte especializado	% de equipes da AB que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos	Número de equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	
	Educação permanente	% equipes da AB que participam do Telessaúde e ou UNASUS, e ou troca de experiências	Número de equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou UNASUS, e ou troca de experiências/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	
	Orientação de fluxo de encaminhamento	% de equipes que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação	Número de equipes que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	
Apoyo Tecnológico e Logístico	Normalização do cuidado	% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental	Número de equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	

DIMENSÃO CONDIÇÕES PROCESSUAIS			
Subdimensão	Indicador	Medida	Cálculo
Vínculo e Territorialização	Canais de comunicação	% de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	Número de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Participação popular nas decisões	% de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	Número de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Identificação de vulnerabilidade	% de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	Número de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Monitoramento	% de equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	Número de equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Foco na família	% de equipes da AB com promitório organizado pelo núcleo familiar	Número de equipes da AB com promitório organizado pelo núcleo familiar/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Ações intersetoriais	% de equipes da AB atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde	Número equipes da AB que realizam ações de capacitação e debate junto aos profissionais da educação acerca da temática de prevenção e promoção em saúde/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
Organização do trabalho	Planejamento conjunto	% de equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações	Número de equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar as suas ações/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Ações compartilhadas	% de equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe	Número de equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Acolhimento	% de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento	Número de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
Coordenação do cidadão	Encaminhamento	% de equipes da AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	Número de equipes AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Acompanhamento	% de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	Número de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Responsabilização	% de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	Número de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100
	Responsabilização	% de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos	Número de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, com calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100

BLOCO 3 – DETALHAMENTO DOS ELEMENTOS DA MATRIZ AVALIATIVA

Para melhor orientação neste bloco, apresentamos cada um dos itens da matriz com seus respectivos elementos de análise.

DIMENSÃO CONDIÇÕES ESTRUTURAIS

A dimensão Condições Estruturais foi subdividida em três subdimensões, dez indicadores e respectivas medidas:

Dimensão: Condições Estruturais

O processo de trabalho na Atenção Básica deve estar fundamentado nas diretrizes da AB previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O gestor municipal é responsável por fornecer condições estruturais, profissionais em número e qualificação adequadas e apoio logístico para que o processo de trabalho ocorra de acordo com as diretrizes e atenda às necessidades da população (BRASIL, 2011).

Subdimensão: Infraestrutura

Cabe à gestão municipal oferecer condições de infraestrutura adequadas para o desenvolvimento do processo de trabalho na AB. O espaço físico, suporte tecnológico, mobilidade da equipe para realização de visitas domiciliares e condições de acesso aos serviços são componentes estruturais importantes (BRASIL, 2011).

Indicador: Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações

A disponibilidade de espaços físicos adequados demonstra a preocupação da gestão em oferecer condições para a equipe organizar um processo de trabalho adequado aos princípios da AB e às necessidades individuais e coletivas da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011).

Medida	Cálculo	Fonte
% UBS com sala de observação	Número de UBS com sala de observação/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.10.1.22
Medida	Cálculo	Fonte
% UBS com sala de atividades coletivas	Número de UBS com sala de atividades coletivas/número de UBS no município x 100 número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.10.1.27

Indicador: Existência Suporte tecnológico

O acesso sistemático aos sistemas de informação em saúde e a correta alimentação dos bancos de dados são importantes ferramentas para o processo de trabalho na AB. A gestão municipal deve assegurar suporte tecnológico adequado às equipes de AB.

Medida	Cálculo	Fonte
Existência de UBS com, no mínimo, 1 consultório com computador com acesso à internet	Número de UBS com, no mínimo, 1 consultório com computador com acesso à internet/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.10.1.14.4 Módulo I.10.1.15.4 Módulo I.10.1.16.4

1.1.3 Indicador: Recursos de mobilidade da equipe A gestão municipal deve assegurar condições de mobilidade para que os profissionais das equipes de AB atendam às demandas de atividades externas à UBS quando estas forem planejadas e necessárias.		
Medida	Cálculo	Fonte
% UBS com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe	Número de UBS disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.6.1 Módulo I.6.2

Indicador: Disponibilidade para o acesso O acesso aos serviços é fundamental para que AB cumpra o atributo de ser o primeiro contato com o sistema de saúde. Para que este nível de atenção seja consolidado como a “porta de entrada” preferencial do usuário, é necessário garantir o funcionamento das UBS em períodos que permitam o acesso dos diversos populacionais que dele necessitam.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de UBS funcionando em horário noturno	Número de UBS funcionando em horário noturno/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.8.1 .3
% de UBS funciona 40 h/semanais	Número de UBS que funcionam 40h/semanais/número de UBS aderiram PMAQ x 100	Módulo I.8.2.1 Módulo I.8.2.2 Módulo I.8.2.3 Módulo I.8.2.4 Módulo I.8.2.5 Módulo I.8.2.6 Módulo I.8.2.7 Módulo I.8.5.1.1 Módulo I.8.5.2.2 Módulo I.8.5.2.3

1.2 Subdimensão Pessoal Para a organização do processo de trabalho na AB, a gestão municipal deve assegurar a contratação de pessoal de forma adequada com vistas a garantir cobertura populacional, o número mínimo de profissionais por equipe, o apoio de especialistas na resolução de casos complexos e a qualificação constante dos profissionais (BRASIL, 2011).		
--	--	--

1.2.1 Indicador: Cobertura Populacional Regulamentada pela PNAB, a cobertura populacional deve ser, em média, de 3.000 habitantes por equipe de AB. Garantir a cobertura mínima possibilita uma assistência de qualidade e um processo de trabalho adequado (BRASIL, 2011).		
Medida	Cálculo	Fonte
% população com cobertura da AB	Nº equipes da AB * 3000/total da população *100	

1.2.2 Indicador: Adequação de pessoal A PNAB preconiza uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e pode ser acrescida de profissionais de Saúde Bucal. A gestão municipal é responsável por selecionar, contratar e remunerar os profissionais, garantindo a adequação de pessoal no território de forma a resolver os problemas e melhorar os indicadores de saúde da população acompanhada (BRASIL, 2011).		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo Saúde Bucal	Número de equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo Saúde Bucal/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo I.3.2.1

<p>1.2.3 Indicador: Suporte Especializado</p> <p>O suporte especializado tem como principal função ampliar o potencial resolutivo das equipes da AB. O especialista é portador de conhecimento distinto dos profissionais de referência e contribui com intervenções que possuem potencial de aumentar a resolutividade dos problemas de saúde mais complexos, porém, de alcance da AB (BRASIL, 2011).</p>		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos	Número de equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.9.4 Módulo II.9.5.1

<p>1.2.4 Indicador: Educação Permanente</p> <p>A educação permanente (EP) promove o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional de forma contínua, tornando os profissionais mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Fornece elementos valiosos para o processo de trabalho, aumentando a resolutividade de qualidade da atenção. Para tal finalidade, a gestão municipal deve contar com mecanismos que incentivem o processo de EP na rotina dos serviços de AB (BRASIL, 2011).</p>		
Medida	Cálculo	Fonte
% equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou UNASUS, e/ou troca de experiências	Número de equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou UNASUS, e/ou troca de experiências/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.7.2.3 Módulo II.7.2.5 Módulo II.7.2.7

<p>1.3 Subdimensão: Apoio Tecnológico e Logístico</p> <p>O apoio tecnológico e logístico do processo de trabalho da AB está fortemente ancorado pelos fluxos de encaminhamento aos demais níveis de atenção e pela normatização do cuidado (MENDES, 2011). Tais aspectos devem ser estruturados pela gestão municipal para garantir o funcionamento dos serviços ao encaminhar o usuário para os diferentes níveis de complexidade do sistema.</p>		
--	--	--

<p>1.3.1 Indicador: Orientação de Fluxo de Encaminhamentos</p> <p>Ao definir fluxos de encaminhamentos, a gestão municipal permite o reconhecimento dos usuários nos demais pontos de atenção, além de ordenar uma fila única de acesso aos demais níveis.</p>		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação	Número de equipes que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.16.3

<p>1.3.2 Indicador: Normatização do Cuidado</p> <p>Ao desenvolver protocolos de normatização do cuidado por meio de diretrizes terapêuticas segundo os agravos em saúde, a gestão municipal oferece apoio aos profissionais das equipes e garante maior qualidade de atendimento na AB.</p>		
Medida	Cálculo	Fonte
% equipes que utilizam	Número equipes que utilizam	Módulo II.14.4.1

protocolos para estratificação de risco para, no mínimo, os seguintes seguimentos: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental	protocolos para estratificação de risco para, no mínimo, os seguintes seguimentos: Câncer do colo do útero, Câncer da mama, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Saúde Mental/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.14.4.2 Módulo II.14.4.5 Módulo II.14.4.6 Módulo II.14.4.7 Módulo II.14.4.9
--	--	--

DIMENSÃO CONDIÇÕES PROCESSUAIS

A dimensão Condições Processuais está subdividida em três subdimensões, 13 indicadores e suas respectivas medidas:

2 Dimensão: Condições Processuais

São atribuições da gestão municipal: oferecer condições para que o processo de trabalho seja reorganizado com foco no indivíduo/família, reconhecendo seu ambiente físico e social de forma integral e contínua; desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, em conformidade com os princípios do SUS.

2.1 Subdimensão: Vínculo e Territorialização

O vínculo deve transcender a relação direta entre o profissional de saúde e o indivíduo, por meio de canais de comunicação que permitam ao usuário expressar suas reclamações ou sugestões sem se sentir intimidado, além de poder participar das decisões da UBS por meio dos conselhos locais de saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). A territorialização permite o (re)conhecimento do território com suas características geográficas, ambientais, além dos grupos de agravos e áreas de riscos, e organiza o processo de trabalho a partir do monitoramento das condições de saúde das famílias (BRASIL, 2011).

2.1.1 Indicador: Canais de comunicação

Os canais de comunicação potencializam o vínculo dos usuários com o serviço de saúde, uma vez que facilitam a expressão da população por meio de queixas, reclamações ou sugestões, garantindo os direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	Número de equipes da AB que dispõe de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.29.2

2.1.2 Indicador: Participação popular nas decisões

Ao incentivar a participação popular, a gestão permite que a sociedade civil organize suas reivindicações, acompanhe, avalie e indique prioridades para as ações de saúde no seu território, fortalecendo o vínculo com a UBS e assumindo a responsabilização.

Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que possuem Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	Número de equipes da AB que possuem Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.29.6

2.1.3 Indicador: Identificação de vulnerabilidade		
A gestão municipal deve incentivar e orientar o processo de territorialização, com identificação das vulnerabilidades sociais, ambientais e sanitárias do território, além da tradução destas informações para mapas inteligentes sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos. Tais estratégias auxiliam as equipes no processo de vigilância em saúde e no planejamento de ações e são importantes ferramentas em prol da equidade em saúde.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	Número de equipes da AB com mapa inteligente sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.10.3 Módulo II.10.3/1.1

2.1.4 Indicador: Monitoramento		
O monitoramento permite acompanhar a dinâmica do território e organizar a atenção em saúde conforme as características dos indivíduos/famílias, no momento em que elas acontecem, acompanhando a sua evolução.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	Número de equipes da AB da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.8.4

2.2 Subdimensão: Organização do trabalho		
A organização do trabalho nas equipes da AB precisa ser institucionalizada pela gestão municipal para que esta aconteça conforme preconizado pela PNAB. Esta organização deve ter foco na família, ações intersetoriais, planejamento em conjunto e ações compartilhadas, orientadas a partir de problemas.		

2.2.1 Indicador: Foco na família		
O processo de trabalho com foco na família permite a continuidade e o acompanhamento do atendimento à população. A gestão deve disponibilizar instrumentos que reúnam as informações do usuário/família e permitam uma melhor abordagem da equipe.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar	Número de equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.11.1

2.2.2 Indicador: Ações intersetoriais		
A intersetorialidade é um dos princípios organizativos da AB e compreende a articulação e o envolvimento de outros setores, para além do setor saúde, com o foco no planejamento de ações e alcance de metas em comum. A escola é um importante lócus de atuação intersetorial das equipes.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que planejam/programam suas atividades considerando o envolvimento de outros setores	Número equipes da AB que realizam ações de capacitação e debate junto aos profissionais da educação acerca da temática de prevenção e promoção em saúde/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.30.5.5 Módulo II.30.5.6

2.2.3 Indicador: Planejamento conjunto		
As equipes de AB devem ser estimuladas pela gestão para realizar o planejamento em conjunto, com o objetivo de discutir os casos, planejar as ações, organizar o processo de trabalho de forma periódica e priorizar as necessidades identificadas no território.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações	Número de equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar as suas ações/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.8.1

2.2.4 Indicador: Ações compartilhadas		
As ações compartilhadas buscam respeitar o princípio da integralidade, possibilitam que todos os profissionais se mantenham responsáveis pelo cuidado e qualificam o processo organizativo. Essa prática deve ser orientada pela gestão municipal, pois possibilita a troca de saberes entre os profissionais, evitando a fragmentação da assistência.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que possuem uma agenda de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe	Número de equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.13.1 .1 Módulo II.13.1 .2 Módulo II.13.1 .3 Módulo II.13.1 .4 Módulo II.13.1 .5

2.3 Subdimensão: Coordenação do cuidado		
A coordenação do cuidado em saúde é uma das bases do processo de trabalho da AB. Compreende a sincronicidade de ações de acolhimento, encaminhamento, monitoramento e a responsabilização dos indivíduos, independente do ponto de atenção onde o indivíduo esteja no sistema. A gestão deve dar condições para a AB ser capaz de coordenar as ações de saúde e prestar atenção à pessoa/família, mesmo em outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados que compõem a rede de saúde.		
2.3.1 Indicador: Acolhimento		
O acolhimento é um dispositivo de escuta entre profissional de saúde e usuário, pressupondo o cuidado integral, com objetivo de atender às necessidades de saúde da população. Acolher exige que os profissionais escutem todos os usuários que procuram a UBS, tornando o serviço inclusivo e resolutivo a partir da escuta qualificada das necessidades dos indivíduos/famílias durante todo período de funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento	Número de equipes da AB que realizam acolhimento em todo período de funcionamento/ número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II. 12.3.1 Módulo II. 12.3.2 Módulo II. 12.3.3 Módulo II. 12.4
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	Número de equipes AB em que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia/ número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.12.9

2.3.2 Indicador: Encaminhamento		
O encaminhamento do usuário para os demais níveis de atenção deve ser realizado conforme sua necessidade e monitorado pela AB. Quando se fizer necessário encaminhar o usuário a outros pontos de atenção, é primordial ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a consultas médicas especializadas, em tempo oportuno.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	Número de equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.14.1.1 Módulo II.14.1.2

2.3.3 Indicador: Acompanhamento		
Os profissionais de saúde da AB devem ter conhecimento da situação de saúde do usuário independentemente do nível de atenção em que o mesmo se encontra. A gestão deve orientar a AB como ordenadora da rede e prever mecanismos que proporcionem o contato com especialistas para troca de informações sobre o quadro dos usuários encaminhados para os demais níveis.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	Número de equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.16.1

2.3.4 Indicador: Responsabilização		
A corresponsabilidade no cuidado à saúde da população deve promover ações de vigilância em saúde. Cabe à AB intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestar assistência integral, permanente e de qualidade.		
Medida	Cálculo	Fonte
% de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos	Número de equipes da AB que realizam busca ativa citopatológico atrasado, pré-natal, calendário vacinal atrasado, hipertensos e diabéticos/número de equipes da AB que aderiram PMAQ x 100	Módulo II.14.7.2 Módulo II.14.7.4 Módulo II.14.7.9 Módulo II.14.7.10 Módulo II.14.7.11

APÊNDICE B: Medidas utilizadas na matriz avaliativa e respectivos parâmetros segundo o porte populacional.

DIMENSÃO CONDIÇÕES ESTRUTURAIS							
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro segundo Porte Populacional/habitantes				
			<5 mil	5 mil até 10 mil	10 mil até 25 mil	25 mil até 50 mil	>50 mil
Infraestrutura	Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações	% UBS com sala de atividades coletivas	≥100%; BOM INTERV.: REG ≤37,5%; RUIM	≥100%; BOM INTERV.: REG =0%; RUIM	> 80%; BOM INTERV.: REG ≤33,3%; RUIM	> 85,7%; BOM INTERV.: REG ≤90%; RUIM	≥ 77,8%; BOM INTERV.: REG ≤52,3%; RUIM
	Recursos de mobilidade da equipe	% UBS com disponibilidade de veículo que responda as necessidades da equipe	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤50%; RUIM	≥ 88,9%; BOM INTERV.: REG ≤69,9%; RUIM
	Suporte Especializado	% de equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos.	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥ 100%; BOM: REG.: INTERV. RUIM: ≤87,5%	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤94,8%; RUIM
Pessoal	Educação Permanente	% equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou UNASUS, e/ou troca de experiências	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤91,3%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤93,8%; BOM INTERV.: REG ≤59,8%; RUIM
Apoio Tecnológico e Logístico	Orientação de Fluxo de Encaminhamento	% de equipes que na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤37,5%; RUIM	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥100%; BOM INTERV.: REG ≤81,7%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤83,3%; RUIM	≥ 93,8%; BOM INTERV.: REG ≤59,8%; RUIM
DIMENSÃO CONDIÇÕES PROCESSUAIS							
Vínculo e Territorialização	Participação popular nas decisões	% de equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	≥100%; BOM <100%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤33,3%; RUIM	≥ 77,5%; BOM INTERV.: REG ≤20%; RUIM	≥ 100%; BOM INTERV.: REG ≤25%; RUIM	≥ 79,5%; BOM INTERV.: REG ≤49,4%; RUIM