

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
ProPPEC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

GREICE LESSA

SATISFAÇÃO E EFETIVIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA AMQ EM ORLEANS, SC

Itajaí
2011

GREICE LESSA

SATISFAÇÃO E EFETIVIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA AMQ EM ORLEANS, SC

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maristela Chitto Sisson

Itajaí

2011

GREICE LESSA

SATISFAÇÃO E EFETIVIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA AMQ EM ORLEANS, SC

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre, e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí, 25 de outubro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maristela Chitto Sisson
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Antonio Carlos Estima Marasciulo
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^a. Dra. Selma Regina de Andrade
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pelo dom da vida, por ter ouvido minhas orações, iluminado meus caminhos e não me deixado desistir, segurando minhas mãos e guiando-me em todos os momentos de minha vida.

Ao meu **pai**, que hoje não está presente em corpo entre nós, mas que foi fundamental em minha vida, ensinando-me exemplos de honestidade, amor, carinho, respeito e generosidade.

A minha **mãe** pelo amor, compreensão e incentivo que me foram dedicados, fazendo com que meu sonho se concretizasse. Devo a ela minha eterna gratidão, pois muitas vezes deixou seus objetivos de lado para realizar os meus.

Aos meus **irmãos** pelo carinho e apoio em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu noivo **Anderson Baldin** pelo carinho, por compreender minha ausência, pelo incentivo em não desistir dos meus sonhos, por estar presente nas horas certas, ou, ainda por, tentar estar presente de qualquer forma.

A minha orientadora **Prof^a. Maristela Chitto Sisson**, que sabiamente me conduziu para a conclusão do mestrado. Agradeço especialmente por sua sabedoria, compreensão e estímulo.

As minhas amigas **Gisele Souza e Miquela Marcuzzo**, que sempre compreenderam e ouviram minhas angústias.

Enfim, por todos que me acompanharam durante esta trajetória e acreditaram em mais esta conquista.

Muito Obrigada!

RESUMO

No âmbito da Saúde, a avaliação vem ocupando lugar de destaque nas ações de planejamento e gestão. Atualmente discute-se institucionalizar a avaliação em saúde, tornando-a componente da rotina dos serviços de saúde, com o objetivo de apoiar a tomada de decisão e oferecer serviços de melhor qualidade. Nesse contexto o Ministério da Saúde desenvolveu uma metodologia de autogestão ou gestão interna com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade, direcionada ao modelo de Atenção Básica, denominada “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”. Com o objetivo de avaliar a satisfação e os efeitos da aplicação desta ferramenta em equipes de Saúde da Família foi realizado um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante e grupos focais, ao gestor e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de Orleans, um município de pequeno porte de Santa Catarina. A implantação completou apenas uma rodada da avaliação, e não houve digitação de dados e planejamento local. Os resultados mostraram baixa incorporação de conceitos de avaliação, mas houve valorização da possibilidade de melhoria das ações, discussão e reflexão proporcionados pela AMQ, além do caráter educativo da proposta. Percepção da AMQ como atividade “à parte”, falta de tempo, excessiva extensão, padrão de respostas insatisfatório e problemas de entendimento das perguntas foram dificuldades identificadas, mas apesar disso, a maioria dos participantes referiu sua satisfação com o instrumento como “boa”. Pode-se concluir que a avaliação foi percebida como uma atividade necessária e valorizada, mas carece de uma forma operacional que proporcione maior adesão às atividades de rotina, possibilitando o monitoramento local de maneira ágil e direta.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Avaliação da qualidade. Satisfação. Percepção dos trabalhadores. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

In the health scope, the evaluation has been occupying a prominent place in planning and management actions. Nowadays we discuss institutionalizing health evaluation, by making it part of the routine health services, with the objective of supporting the decision making and provide better quality services. In this context the Ministry of Health developed a methodology of self-management or internal management with sights of processes development of continuous quality improvement, directed to the model of basic attention, called "Evaluation for the Quality improvement of the Family Health Strategy". With the objective of measuring the satisfaction and the effects applying this tool in teams of Family health an evaluative study was made, of qualitative approach, developed by semi-structured interviews, participating observation and focal groups, to the manager and workers of the Family Health Strategy in Orleans, a small city of Santa Catarina. The implantation completed only one round of the evaluation, and there has not been data entry and local planning. The results showed low incorporation of evaluation concepts, but there was appreciation of the possibility of actions improvement, discussion and reflection proportionate by AMQ, upward the educational feature of the proposal. Perception of AMQ as activity "aside", lack of time, excessive extensiveness, unsatisfying answer standards and issues understanding the questions were difficulties identified, but nevertheless, the majority of the participants referred their satisfaction with the instrument as "good". We conclude that the evaluation was noticed as an essential activity and valued, but needs an operational way that provides a higher adhesion to the routine activities, enabling the local monitoring in an agile and direct way.

Keywords: Evaluation in health. Quality evaluation. Satisfaction. Workers perception. Family health program.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1: Participantes do estudo e codificação utilizada.....	32
Quadro 2: Relação entre os objetivos específicos e os procedimentos para coleta e registro de dados.....	33
Figura 1: Modelo de análise da pesquisa.....	39

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	9
2	INTRODUÇÃO.....	11
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	MARCOS REFERENCIAIS	18
3.1	O Sistema Único de Saúde.....	18
3.2	A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família	19
3.3	Avaliação em Saúde.....	20
3.4	Avaliação da Qualidade	22
3.5	Institucionalização da Avaliação em Saúde.....	25
3.6	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	26
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	30
4.1	Tipo de Estudo	30
4.2	Contexto do Estudo.....	30
4.3	Participantes do Estudo.....	32
4.4	Técnicas de Coleta e Registro dos Dados	33
4.4.1	Entrevista	35
4.4.2	Oficina de sensibilização	35
4.4.3	Observação Participante	36
4.4.4	Grupo Focal	37
4.5	Processo de Estudo	37
4.6	Análise dos Dados	38
4.6.1	Pré-análise	38
4.6.2	Exploração do material.....	38
4.6.3	Tratamento e Interpretação da Informação.....	39
4.7	Considerações Éticas	39
5	RESULTADOS	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	71
	Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa.....	76
	Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa.....	78
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	79

Anexo A – Normas para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva	81
--	----

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelas questões da gestão em saúde e em especial avaliação em saúde vem me acompanhando desde a vida acadêmica e continua na trajetória profissional. Venho me questionando sobre o fato de não avaliarmos com regularidade os serviços prestados, e como uma institucionalização da avaliação em saúde poderia contribuir para um melhor planejamento das ações desenvolvidas.

Ao ingressar na vida profissional, mais precisamente na saúde pública, o trabalho assistencial e administrativo constituiu um campo onde estas questões se refletem, principalmente na qualidade dos serviços prestados. Assegurar qualidade dos serviços de saúde torna-se mais difícil quando não se avalia com regularidade estes serviços. A avaliação nesse contexto se torna um poderoso instrumento de mudança, que em momento algum deve ser visto como uma ameaça, mas sempre como um incentivo à melhorar cada dia mais a qualidade dos serviços ofertados.

A proposta de induzir uma cultura de avaliação, institucionalizando a avaliação em saúde na rotina da atenção básica mereceu toda a minha simpatia. Todavia acredito ser consensual a necessidade de criar uma cultura de avaliação, estimulando o hábito de identificar o que pode ser melhorado, tornando assim a avaliação um recurso fundamental para tomada de decisão.

Constituir este campo de estudo representa não só a oportunidade de conhecer melhor os seus múltiplos aspectos e determinações, mas buscar possibilidades de transformação, em um esforço de compreensão as questões relativas à avaliação em saúde como um processo crítico-reflexivo permanente.

Esta pesquisa foi realizada com o intuito de desenvolver uma avaliação da ferramenta Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) do ministério da saúde, implantada no município de Orleans sob a perspectiva dos gestores e trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família, contribuindo para despertar nos trabalhadores e gestores da ESF do referido município, um olhar voltado para a avaliação em saúde como parte integrante de suas atividades profissionais. Como um segundo propósito procurou-se conhecer a visão que os trabalhadores e gestores da ESF do município de Orleans apresentavam sobre avaliação em saúde antes e após a implantação da AMQ, procurando identificar quais os valores que a ferramenta AMQ traz para a ESF.

A ferramenta AMQ, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, estabelece parâmetros de qualidade para a Estratégia Saúde da Família, de maneira orientadora e reflexiva,

possibilitando por meio de auto avaliação a identificação do estágio de desenvolvimento e da qualidade do serviço, em sintonia com as demandas sociais, SUS e avanços técnicos e científicos em saúde.

A ideia presente é o fomento de uma mobilização em torno da temática avaliação em saúde, a partir de possibilidades concretas de realização de atividades desenvolvidas no cotidiano das ESF.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005a) e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, com o propósito de garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

A política de Saúde do Brasil é fruto de amplos movimentos sociais pela democratização da esfera pública de decisão, o que garantiu à sociedade o direito a saúde e colocou o Estado como responsável por garantir esse direito. Os princípios do SUS, como Universalidade, Integralidade e Equidade se contrapõem aos modelos de atenção que até então se sobressaíam no Brasil com enfoque curativo, voltados aos grandes hospitais, insuficientes e pouco resolutivos (BRASIL, 2004). Entretanto, apesar de avanços significativos no plano político e jurídico, reconhecem-se dificuldades no plano operativo e modelo assistencial, comprometendo a qualidade do sistema (MENDES, 1996).

Na busca da superação desses modelos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde na atenção básica, direcionando o foco de atenção à família. Chamado de programa durante alguns anos, após sua consolidação - mais precisamente após 1998 - passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados esperados desta reorientação de ações são mudanças no modelo de atenção, capazes de reverter o modelo assistencial vigente na atenção básica, pela mudança do objeto de trabalho e pela forma de atuação e organização geral dos serviços.

As condições e as características de implantação da ESF nos diferentes municípios brasileiros têm sido heterogêneas, conseqüência de diferentes contextos e momentos históricos específicos de cada experiência de implantação (SISSON, 2002).

Assim como a garantia da qualidade dos serviços de saúde se apresenta como um dos desafios do Sistema Único de Saúde para a efetivação de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005c), a expansão da ESF e a progressiva ampliação da sua cobertura tornaram-se um estímulo e um desafio para as iniciativas de avaliação e de melhoria contínua da qualidade (CAMPOS, 2005).

Para fins deste estudo, avaliação significa atribuir valor a algo, fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o propósito de contribuir com a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Os objetos de avaliação em saúde são diversos, englobando desde ações e procedimentos específicos, programas e serviços, até sistemas de saúde, cada qual com

objetivos, características e estratégias diferenciadas (PAIM, 2003 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Os processos de avaliação em saúde no Brasil ainda são incipientes, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que instrumento de auxílio ao planejamento e gestão (BRASIL, 2005b).

Atualmente discute-se a institucionalização da avaliação em saúde, tornando-a componente da rotina dos serviços de saúde, com o objetivo de apoiar a tomada de decisão, melhorando assim os serviços prestados, ou seja, ofertando serviços de melhor qualidade (BRASIL, 2005c).

Independentemente do tipo de avaliação, a idéia de qualidade sempre está presente, uma vez que têm como característica o estabelecimento de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade (NOVAES, 2000).

A qualidade no âmbito da Atenção Básica transformou-se num tema especialmente relevante nas últimas décadas, sendo, porém, uma questão nova na realidade brasileira. Esta qualidade envolve múltiplos aspectos. A atenção à saúde deve buscar aperfeiçoar os efeitos desejáveis e minimizar os efeitos indesejáveis para, acima de tudo, responder às expectativas e necessidades dos usuários.

Garantir a qualidade dos serviços prestados não é tarefa fácil, principalmente no campo da saúde. Para isso torna-se necessário definir os atributos ou critérios que nortearão a qualidade. O enfoque mais utilizado para avaliar a qualidade é aquele proposto por Donabedian, focalizado nos conhecidos “sete pilares da qualidade”: eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1980). Este mesmo autor considera ainda a “satisfação” um método importante para avaliar a qualidade de determinada situação.

Na avaliação em saúde os atributos da qualidade podem estar relacionados às seguintes dimensões: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1980). Ao final, pode-se obter um juízo de valor sobre a qualidade alcançada, identificando-se os pontos fortes e fracos e trazendo a necessidade de melhorar os aspectos não satisfatórios (DONABEDIAN, 1980).

Um dos atributos buscados nas avaliações de políticas públicas é a efetividade. Estas avaliações correlacionam objetivos, estratégias, conteúdos e resultados com os impactos gerados, ou seja, com o grau de efetividade alcançado (CARVALHO, 1999).

Nesta pesquisa, especificamente, utilizou-se o atributo “efetividade” e “satisfação” como dimensões da qualidade a ser avaliada através da visão dos participantes do estudo.

Portanto, efetividade se refere aqui, ao grau com que determinado procedimento, intervenção ou serviço produzirá um resultado benéfico. Pode-se dizer também, que é o efeito de determinado serviço sobre uma população (PEREIRA, 2005).

De maneira geral, satisfação é o julgamento formado durante o uso ou consumo de determinado serviço ou produto (ferramenta); portanto constitui uma reação ou sentimento em relação a uma expectativa (SOLOMON, 1999). A satisfação com a qualidade pode ser interpretada através da reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado de sua experiência a um serviço (DONABEDIAN, 1980).

O campo da avaliação da qualidade dos cuidados primários em saúde ainda está muito pouco desenvolvido no país, mas vem sendo discutido e é objeto de estudo de vários pesquisadores.

Para medir a qualidade dos diferentes serviços de saúde os pesquisadores utilizam diversos caminhos metodológicos (BRASIL, 2005c).

Fadel e Regis-Filho (2006) avaliaram a percepção da qualidade dos trabalhadores de um serviço de odontologia em Florianópolis e Kloetzel et al. (1998) avaliaram a satisfação dos usuários atendidos em um ambulatório do Rio Grande do Sul (RS). Ambos utilizaram como instrumento de pesquisa o questionário, concluindo ser este instrumento, um método efetivo para realizar avaliação em saúde.

Já Costa e Formigli (2001) avaliaram a qualidade técnico-científica do atendimento oferecido a adolescentes, gestantes adolescentes e seus filhos, por meio da análise dos prontuários de tais pacientes. Neste estudo identificaram que este tipo de instrumento de avaliação adotado foi de fácil execução e permitiu avaliar a qualidade do atendimento prestado.

Entre essas metodologias, estão aquelas que utilizam como enfoque principal a percepção das pessoas envolvidas na atenção, como por exemplo, os trabalhadores e gestores:

Pertence e Melleiro (2010) avaliaram a implantação de uma ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário, através da percepção de uma equipe multidisciplinar em saúde, utilizando entrevistas semi-estruturadas dirigidas a profissionais envolvidos na implantação de tal ferramenta.

Heck et al. (2008) avaliaram a gestão do serviço de saúde mental de um município da região sul do Brasil a partir da percepção de usuários, familiares e profissionais vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial. A pesquisa avaliativa, por meio de seu modelo metodológico possibilitou a todos os envolvidos a oportunidade da negociação, o que resultou no alcance dos objetivos e de várias demandas percebidas e sentidas pelos usuários, familiares e equipe.

Oliveira e Borges (2008) avaliaram a efetividade do Programa Saúde da Família, com base nas percepções dos usuários. A investigação procurou verificar em que medida a percepção dos usuários sobre a contribuição do Programa de Saúde da Família reflete a evolução dos indicadores de atenção à saúde da criança menor de cinco anos nessas áreas, no período de 2000 a 2004. Para isto, realizaram uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo quanto aos fins; e documental, de campo e estudo de caso, quanto aos meios (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

No âmbito do SUS, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, o Ministério da Saúde vem efetivando algumas ações na direção de institucionalizar a avaliação em saúde. Recentemente propôs uma política de institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB), com fins de “monitorar e avaliar a AB, institucionalizando a gestão e fomentando/consolidando a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS” (BRASIL, 2005c, p. 14). Refere que este investimento deve ser entendido como algo que promoverá a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e que contribuam de forma decisiva para a qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2005c).

Para Hartz e Vieira da Silva (2005), a institucionalização teria o sentido de incorporar a avaliação na rotina dos serviços de saúde e a ESF vem se constituindo como um indutor do processo na Atenção Básica.

A partir desta política, um grupo técnico, com a participação dos municípios e Estados, elaborou a proposta de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que utiliza instrumentos de auto-avaliação aplicados diretamente a gestores, coordenadores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, com intuito de fornecer subsídios para um possível plano de intervenção local (BRASIL, 2005b).

A AMQ vem sendo implantada em vários municípios brasileiros, porém de forma voluntária.

Analisar as dimensões da AMQ sob diferentes olhares pode contribuir para a efetividade do método proposto. É esta questão que este estudo pretendeu focar em um município de pequeno porte de Santa Catarina, no intuito de conhecer a satisfação e a percepção da efetividade do instrumento em implementação.

Entre os estudos que relatam as experiências de implantação nos municípios, Lima, Silva e Mendes (2009) estudaram a correlação entre o AMQ e o processo de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, visualizando a situação atual de implantação da ferramenta nos estados e municípios. Constataram que a AMQ é um guia importante para os

profissionais envolvidos no processo da Atenção Básica, contribuindo para formação de um juízo de valor de suas ações no intuito da melhoria contínua da qualidade.

Fonseca e Chaves (2009) realizaram pesquisa de estudo de caso único com abordagem qualitativa com o objetivo de analisar a proposta AMQ numa perspectiva de utilização dos resultados, buscando identificar elementos que facilitaram ou dificultaram o seu uso em um município do estado da Bahia. Concluíram que a AMQ mostrou ser, além de um potencial de uso da avaliação como referência para a organização da ESF, importante nos aspectos relacionados ao triângulo de governo (Município, Estado e Governo Federal).

Maruti et al. (2009) desenvolveram um estudo com objetivo de descrever o processo de implantação do AMQ no município de Maringá-PR e identificar a adesão das equipes da ESF a esta proposta de avaliação. Foram realizadas duas de três avaliações e a devolução dos dois primeiros instrumentos preenchidos e o não preenchimento do terceiro indicou que houve inicialmente adesão e receptividade das equipes e dos gestores ao AMQ e sugerem a necessidade de acompanhamento sistemático, bem como a realização de estudos que verifiquem o que representa para os gestores e equipes, em seu processo de trabalho, implantar o AMQ e a utilização do mesmo para planejamento das ações na ESF.

No Brasil, até maio de 2011 haviam 1281 municípios cadastrados na AMQ, destes 91 são do Estado de Santa Catarina. Porém o fato de o município estar cadastrado no sistema da AMQ, não significa que as ações referentes à implantação e utilização da AMQ foram consolidadas. O município de Schroeder, com 12.000 habitantes e 3 equipes de SF aderiu a AMQ em 2006, sendo o terceiro município catarinense a fazê-lo e o primeiro de Santa Catarina a relatar a experiência com a implantação. Sua equipe apontou a implantação como uma oportunidade de discussão de práticas e condutas e uma maior responsabilização e integração de toda a equipe por soluções de problemas. Ainda constatou que o simples preenchimento dos questionários já foi capaz de produzir mudanças, identificando falhas e acertos nas ações de saúde desenvolvidas pelo município.

Na região da 20ª. Gerência de Saúde (AMREC), ao sul do Estado, existem quatro municípios já cadastrados, mas ainda sem a implantação das ações relacionadas ao AMQ. Entre estes, Orleans, município de pequeno porte, com oito equipes de Saúde da Família, implantou a ferramenta de avaliação no segundo semestre de 2010.

Neste contexto e tomando por referência o documento técnico do Ministério da Saúde que norteia o processo (BRASIL, 2005b), estabeleceu-se como objeto da presente investigação a avaliação da ferramenta Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), implantada no município de Orleans, sob a perspectiva dos

gestores e trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família, através de abordagem qualitativa. Pretende-se, neste sentido, conhecer a visão que os trabalhadores e gestor da ESF do município de Orleans tem, a respeito da ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde, após a experiência de sua implantação.

O grande desafio proposto pela Política Nacional de Avaliação em saúde, em consonância com as diretrizes do SUS, é qualificar as ações para que a população tenha uma saúde com maior qualidade. Partindo deste pressuposto, institucionalizar a avaliação pode representar um caminho para a concretização dessas diretrizes, e a AMQ pode ser uma ferramenta que contribua apontando as falhas existentes e as possíveis intervenções necessárias para a melhoria do sistema.

Uma das mais importantes formas de realizar essa avaliação é com as próprias pessoas envolvidas com o uso da ferramenta, ou seja, gestores e trabalhadores da ESF diretamente envolvidos na sua implantação, representando uma perspectiva ainda pouco desenvolvida no campo da pesquisa nacional.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende contribuir para a construção da viabilidade da AMQ como instrumento para tomada de decisão e gestão em saúde e em estímulo para o bom desempenho das ações das equipes da ESF, na direção de consolidar as ações da Política de Avaliação e Monitoramento brasileira. Seus resultados poderão integrar um rol de experiências de municípios de pequeno porte, que somados, poderão indicar a efetividade de seu uso nestas realidades e as possibilidades futuras de institucionalização de ações de avaliação em serviços de saúde.

O Ministério da Saúde acredita que a efetivação desta ferramenta possa servir de norteador para as equipes desenvolverem suas ações. Porém, para que esta metodologia possa ser implantada e institucionalizada no território nacional, torna-se necessário que estudos demonstrem uma efetividade concreta. Caso demonstrada, a construção de sua viabilidade poderá contribuir tanto para as ações da política de avaliação e monitoramento como importante instrumento para tomada de decisão e gestão em saúde.

Neste contexto e tomando por referência o documento técnico do Ministério da Saúde que norteia o processo (BRASIL, 2005b), estabeleceram-se os objetivos da presente investigação.

2.1 Objetivo geral

Avaliar a ferramenta “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ) implantada no município de Orleans, sob a perspectiva dos gestores e trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a visão dos trabalhadores e gestor da ESF sobre avaliação em saúde antes e após a implantação da AMQ;
- Analisar a implantação da AMQ quanto os atributos da efetividade e satisfação percebidos por trabalhadores e gestor da ESF.

3 MARCOS REFERENCIAIS

3.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde.

Antes da criação do SUS, a assistência à saúde era ofertada de maneira desigual, tendo estreita vinculação com as atividades previdenciárias, gerando uma divisão da população em previdenciários e não previdenciários (BRASIL, 2003).

A política de Saúde do Brasil é fruto de amplos movimentos sociais pela democratização da esfera pública de decisão. A exemplo disso pode-se citar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco na história do SUS, que recomendou para o Brasil a instituição de um sistema único de saúde baseado nos princípios de universalidade de atendimento, integralidade de ações e participação popular, e inspirado fortemente na compreensão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2004).

Finalmente em 1990, como decorrência dos princípios consagrados na Constituição de 1988, foi então criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006, p. 531), “O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política no Brasil, e traduz em ações os princípios e diretrizes desta política”.

Apesar dos grandes avanços que o SUS trouxe para a questão de saúde no país, ainda persistem problemas históricos na estrutura física dos serviços, acesso oportuno aos recursos, suficiência e perfil dos profissionais de saúde.

Há necessidade do estabelecimento de ações capazes de dar continuidade a estas conquistas sociais. A efetiva implementação das ações do SUS se apresenta como uma ampla possibilidade de mudança, redirecionando o enfoque para a prevenção e promoção da saúde. É nesse sentido que a Estratégia Saúde da Família (ESF) ganha força, sendo concebida como eixo estruturante para a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Várias propostas de mudanças foram esboçadas e implementadas, e o Programa de Saúde da Família (PSF) é uma dessas iniciativas e surge como um novo modelo de promoção

da saúde, focado no compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

3.2 A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Desde o início da implantação do SUS, algumas iniciativas em torno de organização dos serviços e das práticas têm procurado dar conta deste desafio. Dentre estas propostas, uma das mais importantes é a estratégia da atenção primária à saúde (APS)/atenção básica (AB) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Em 1999 o Ministério da Saúde publicou o Manual para Organização da Atenção Básica, remetendo a Atenção Básica a Saúde a Lei 8080, fundamentando-a nos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização de atendimento e participação popular (BRASIL, 1998).

Dois anos depois, o MS lança a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS 01/01) preconizando um conceito de atenção básica ampliada.

Atenção Básica relaciona-se ao conjunto das ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do país em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população (BRASIL, 2001).

A Atenção Básica (AB) deve ser a porta de entrada para o SUS, atuando nas seguintes áreas: erradicação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e da diabetes mellitus, erradicação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde. Cabe a AB a efetivação da integralidade de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, entre outras (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, teve como finalidade de reorganizar os serviços de saúde na atenção básica, direcionando o foco de atenção à família. Chamado de programa durante alguns anos, após sua consolidação - mais precisamente após 1998 - passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados esperados desta reorientação de ações são mudanças no modelo de atenção, capazes de reverter o modelo assistencial vigente na atenção básica, pela mudança do objeto de trabalho e pela forma de atuação e organização geral dos serviços (BRASIL, 1990).

A ESF define que para uma atenção familiar básica é necessária uma equipe mínima de profissionais, denominada Equipe de Saúde da Família, composta de: um médico

generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda contar com outros profissionais, como psicólogos, dentistas e nutricionistas. Com esse propósito, a Estratégia Saúde da Família vem a cada ano ampliando sua rede nacional de atendimento, com aumento no número das equipes de saúde e no percentual de cobertura à população (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

3.3 Avaliação em Saúde

As políticas de saúde nem sempre provocam as mudanças e efeitos desejáveis. Há exemplos de programas bem-intencionados, colocados em prática durante anos e anos, até que avaliações revelam que seus resultados não eram os esperados (VAUGHAN, 2004 apud FACCHINI et al., 2008).

Num cenário de marcantes desigualdades sociais e pouca oferta de recursos públicos para as ações do setor saúde, a avaliação é de extrema importância para estabelecer capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O processo de descentralização da gestão do sistema de Saúde coloca possibilidades e desafios que devem ser assumidos tanto pelo gestor Federal, como pelo Estadual e Municipal de Saúde. As diferentes necessidades no campo da saúde, vivenciadas pelos diferentes municípios, exigem políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade (BRASIL, 2009).

Assim,

é fundamental a estruturação e a manutenção de uma sistemática permanente de avaliação de desempenho que contribua para um redesenho das estratégias, quando necessário, e que possibilite ao gestor verificar se está alcançando os resultados pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus municípios. (BRASIL, 2009, p. 8).

No Brasil, apesar de os processos de avaliação em saúde ainda serem incipientes (BRASIL, 2005c), na última década vem crescendo a utilização de avaliações em saúde para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos, subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados (VIACAVA, 2004).

O foco da avaliação em saúde vem sofrendo modificações ao longo dos anos.

A avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde teve seu auge na década de 50 com a expansão e crescimento dos serviços de saúde e tecnologia médica e também com a responsabilização do Estado no financiamento da saúde. Na década de 60, os olhares

voltaram-se para a avaliação da qualidade, baseada nos sete pilares da qualidade proposta por Donabedian (1990). Já na década de 70 estimulou-se a avaliação tecnológica em saúde, com a criação de instituições financiadoras de pesquisa na área (CLARKE, 1999 apud SISSON, 2002).

Hoje a avaliação dos serviços de saúde e de seus resultados decorre na maioria das vezes de atividades de monitoramento realizadas a partir de informações adquiridas no dia a dia dos serviços de saúde (FELISBERTO, 2004).

Quando se fala em avaliação e monitoramento muitas pessoas as tratam como sinônimos, mas na verdade são procedimentos diferentes. Apesar de uma dar suporte à outra, não podemos considerá-las a mesma coisa. O foco da avaliação está voltado para a efetividade e impacto do processo, enquanto o monitoramento é focado nos produtos, resultado imediato e análise de tendência (BRASIL, 2008).

“A avaliação é algo que implica julgamento, onde o veredicto baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal” (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 84).

Segundo Novaes (2000), existem três grandes tipos de avaliação em saúde: Pesquisa avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

A pesquisa avaliativa tem como objetivo principal a produção de conhecimento que seja reconhecido pela comunidade científica, sendo a identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, o principal enfoque utilizado para formulação dos objetivos a serem atingido pela pesquisa.

Na avaliação para decisão, o objetivo principal seria essa avaliação se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Já na avaliação para gestão o objetivo dominante é a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, ou seja, o melhoramento de uma condição dada (NOVAES, 2000).

A avaliação em saúde é classificada, segundo Donabedian (1980), na tríade Estrutura – Processo – Resultados. Segundo este autor os dados que compõe os instrumentos para avaliação, poderão dizer respeito às condições estruturais (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, etc.), aos processos que definem essas práticas (consultas, internações, exames, etc.) e aos resultados das mesmas (mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, etc.) (DONABEDIAN, 1980).

Independentemente do tipo de avaliação, tem-se sempre presente a idéia de qualidade, já que a avaliação estabelece um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade (NOVAES, 2000).

3.4 Avaliação da Qualidade

“Os conceitos da qualidade deixaram já de ser do uso exclusivo de setores econômicos e fazem parte, cada vez mais, do conjunto de idéias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos” (PISCO, 2006, p. 566).

A qualidade em serviços públicos, e mais precisamente em saúde, é um desafio tanto para os gestores quanto para os profissionais envolvidos diretamente na assistência, porém é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde (CAMPOS, 2005).

A qualidade no âmbito da Atenção Básica transformou-se num tema especialmente relevante nas últimas décadas, sendo, porém, uma questão nova na realidade brasileira. A atenção à saúde deve buscar aperfeiçoar os efeitos desejáveis e minimizar os efeitos indesejáveis para, acima de tudo, responder às expectativas e necessidades dos usuários (KURGANCT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2008).

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, se faz necessário escolher estratégias. Num primeiro momento é preciso escolher o que se pretende melhorar, se irão melhorar os serviços de saúde como um todo ou de determinados serviços. Em seguida deve-se definir que dimensão da qualidade que se pretende aprimorar. Depois escolher que método de avaliação utilizar e por fim, definir que ações corretivas devem ser consideradas (VUORI, 1988).

A concepção do que venha a ser qualidade depende do lugar em que o sujeito ocupa no sistema de saúde. Os gestores tendem a se interessar pela melhoria do sistema de saúde como: mais recursos, sistemas de informação mais efetivos, melhoria da comunicação e qualificação dos trabalhadores. Já os prestadores do cuidado e os consumidores- trabalhadores e pacientes- tendem a estar mais preocupados com a melhoria dos serviços (VUORI, 1988).

Na avaliação da qualidade em saúde há atributos, ou seja, características das práticas de saúde e da organização social, que devem ser considerados. A utilização desses atributos varia de autor para autor.

Por exemplo, para Vuori (1982) a qualidade dos serviços de saúde seria constituída pela efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica. Já Donabedian (1990)

considerou a qualidade um fenômeno complexo a partir dos seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade.

As instituições de saúde devem ter o objetivo de atender as necessidades e expectativas dos usuários. Sendo assim, é necessário que as ações desenvolvidas por estas instituições compreendam um elevado padrão de qualidade.

Partindo desde pressuposto a qualidade é um fator onde todos os envolvidos nos atos de saúde deverão estar preocupados, tendo em vista o aperfeiçoamento constante de suas práticas de saúde, cujo objetivo é a satisfação daqueles que dependem desse serviço (NOGUEIRA, 1994).

“Nesse contexto, a tarefa da avaliação do funcionamento dos serviços de saúde é a de investigar, estabelecer e aperfeiçoar os conceitos de qualidade, assim como a de fomentar o desenvolvimento de padrões mais elevados de atendimento” (PERTENCE; MELLEIRO, 2010, p. 1025).

Nesta pesquisa, especificamente, utilizaremos satisfação e efetividade como atributos de qualidade, abordando a percepção das pessoas sobre eles na implantação da AMQ.

O conceito de efetividade apresenta variações segundo o autor e os objetos enfocados (SILVA; FORMIGLI, 1994; SARACENI; LEAL, 2003). Muitas vezes há confusão com o conceito de eficácia, eficiência, e até, qualidade, porém “observa-se uma forte tendência que relaciona a efetividade com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas” (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 81).

A efetividade é a medida de alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais e rotineiras. Ela é adequada para avaliar o cumprimento de objetivos, metas e funções das ações de saúde (LAST, 1995 e ABICHT, 1999 apud FACCHINI, 2008).

A efetividade tem sido um alvo buscado na avaliação de políticas públicas, dada a consciência das desigualdades sociais, pobreza e exclusão que atingem parcela majoritária da população. É possível mesmo dizer que as investigações avaliativas vêm concentrando esforços na busca de correlacionar objetivos, estratégias, conteúdos e resultados com os impactos produzidos, isto é, com o grau de efetividade alcançado (CARVALHO, 1999).

É nesse sentido que se quer abordar a ferramenta de avaliação AMQ, com a intenção de avaliar o efeito produzido por sua implantação no trabalho da ESF, segundo a percepção dos trabalhadores e gestor. Em outras palavras, buscou-se avaliar a satisfação e aspectos da

efetividade percebida por estes atores, através da análise das facilidades, dificuldades e efeitos causados no processo de implantação e utilização da ferramenta.

Segundo Donabedian (1984) a qualidade também pode ser mensurada através da satisfação dos usuários de uma ação, programa ou serviços de saúde, o que aos poucos passou a ser alvo de várias pesquisas, com o objetivo de saber a opinião dos usuários/pacientes sobre a qualidade dos serviços prestados (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Existem vários modelos que medem satisfação e todos têm como pressupostos as percepções das pessoas em relação às suas expectativas, valores e desejos (LINDER-PELZ, 1982; WILLIAMS, 1994; DE SILVA, 1999 apud VAISTMAN; ANDRADE, 2005, p. 600).

De maneira geral, satisfação é o julgamento formado durante o uso ou consumo de determinado serviço ou produto (ferramenta); portanto constitui uma reação ou sentimento em relação a uma expectativa (SOLOMON, 1999).

A satisfação com a qualidade pode ser vista pela “reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência com um serviço (DONADEBIAN, 1980 apud SISSON et al., 2010, p. 2).

Avaliar a satisfação do usuário é de extrema importância, pois proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas dos usuários.

3.5 Institucionalização da Avaliação em Saúde

O fortalecimento de uma política específica para a Atenção Básica vem ocorrendo no Brasil há alguns anos. Com isso, as ações de saúde vêm gradativamente sendo municipalizadas, ou seja, o município passa a ser o responsável por essas ações, estabelecendo novos papéis para os gestores estaduais e federais. As Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde vêm desenvolvendo cada vez mais atribuições normativas e reguladoras, ressaltando-se aqui a função estratégica desempenhada pela avaliação em saúde (FELISBERTO et al., 2009).

Há algum tempo pesquisadores, trabalhadores e gestores vêm refletindo sobre a necessidade de institucionalizar a avaliação no setor saúde. Institucionalização esta no sentido de incorporar a avaliação na rotina dos serviços de saúde (FELISBERTO, 2004).

Investir na institucionalização da avaliação deve ser visto como algo que promoverá a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e que contribuem de forma decisiva para a qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2005c).

A institucionalização da avaliação possui aqui um objetivo indissociado de desafio de consolidação do SUS através da qualificação das práticas, orientada pelo princípio da integralidade, possibilitando a organização de um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade. O objetivo vem a ser o de qualificar a atenção básica segundo os princípios do SUS. (FELISBERTO, 2006, p. 557).

O Ministério da Saúde vêm efetivando algumas ações com o propósito de institucionalizar a Avaliação em Saúde no âmbito do SUS.

A reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), transformando-o num sistema abrangente, a dinamização do Pacto de indicadores de saúde da Atenção Básica (AB), a divulgação de estudos e pesquisas avaliativas sobre AB, a exploração dos sistemas de informação, as definições de orçamentos para as ações de avaliação são algumas das estratégias que o Ministério da Saúde vêm assumindo (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações necessárias para a definição de estratégias de intervenção.

Focalizando a institucionalização da avaliação em saúde como uma maneira de melhorar a qualidade da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou uma ferramenta denominada Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a fim de contribuir com a institucionalização da avaliação em saúde nas três esferas de gestão (BRASIL, 2005b).

Por ser um processo de auto-avaliação, onde os trabalhadores da ESF após responderem os questionários, discutem com os gestores sobre as ações já desenvolvidas assim como suas possíveis intervenções, acredita-se que a efetivação desta ferramenta possa servir de norteador para as equipes desenvolverem suas ações. Porém para que esta metodologia possa ser implantada e institucionalizada no território nacional, torna-se necessário que estudos demonstrem uma efetividade concreta. A construção de sua viabilidade poderá contribuir tanto para as ações da política de avaliação e monitoramento como importante instrumento para tomada de decisão e gestão em saúde.

3.6 Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

A AMQ consiste em uma auto-avaliação orientada por questionários dirigidos a atores envolvidos com a ESF. Este instrumento orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas na Estratégia Saúde da Família. Possibilita ainda a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos assim como das potencialidades e pontos considerados. Porém, é necessário que esta estratégia seja efetiva para que possa ser incorporada ao processo de avaliação em saúde (BRASIL, 2005b).

A adesão dos municípios à Estratégia Saúde a Família variou conforme o porte. Os municípios pequenos conseguiram operacionalizar sua implantação mais frequentemente e com maior facilidade do que os municípios maiores (BRASIL, 2005b). Buscando superar essas limitações, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial, criou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) com o objetivo de incentivar e ampliar o número de Equipes de Saúde da Família, formar profissionais para o trabalho na estratégia e fortalecer os processos de monitoramento e avaliação nessas localidades.

O PROESF está estruturado em três componentes (BRASIL, 2005b), um dos quais diretamente ligados a ações de monitoramento e avaliação:

- I. Apoio à conversão e expansão da Estratégia Saúde da Família (dirigido a municípios acima de 100.000 habitantes);
- II. Desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família (dirigido a Estados e Municípios, independente do porte);
- III. Monitoramento e avaliação (dirigido a Estados e Municípios, independente do porte).

E é no III componente do PROESF que se encontra a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), proposta à qual os gestores municipais

deverão aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade (BRASIL, 2005b).

Por meio da constituição de um grupo técnico, com a participação dos municípios e Estados, elaborou-se a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, (AMQ) sob a gerência da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, e ainda com a cooperação técnica e financeira da Organização Panamericana da Saúde e do Banco Mundial e a assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (BRASIL, 2005b).

A ferramenta AMQ, surgiu com o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica (AB).

De acordo com o documento técnico do MS (BRASIL, 2005b, p. 12) que norteia a AMQ, são objetivos desta proposta: Fomentar o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da ESF; Disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções e, impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na ESF; Contribuir para a inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da ESF; Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes; Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas; Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria da qualidade da estratégia e Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde.

O MS acredita que através destes objetivos se poderá impulsionar o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005b).

Nos elementos de avaliação que a AMQ propõe à ESF, a estrutura refere-se aos insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa. O processo refere-se aos aspectos organizacionais, técnico-científicos e interpessoais e quanto aos resultados, observa-se os aspectos de acesso, adequação e efetividade, ou seja, as mudanças na saúde da população (BRASIL, 2005b).

Esta ferramenta tem como diretrizes o processo auto-avaliativo; livre adesão pelos gestores municipais; ausência de incentivos ou sanções; utilização de aplicativo digital e integração às atividades desenvolvidas no âmbito dos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da AB (BRASIL, 2005b).

A AMQ organiza-se estruturalmente em 2 componentes - Gestão e coordenação da ESF e Equipes Saúde da Família - a partir desses componentes elencaram-se as atividades desenvolvidas em cada um deles, determinando as subdimensões e para cada subdimensão foram propostos e validados padrões de qualidade.

O primeiro componente “Gestão” tem como dimensões o desenvolvimento, coordenação técnica e unidade da ESF. E como subdimensões a implantação da ESF no município, integração da rede de serviços, gestão do trabalho, fortalecimento da coordenação, planejamento e integração, acompanhamento das equipes, gestão da educação permanente, gestão da avaliação, normatização, infraestrutura, equipamentos, insumos, imuno-biológicos e medicamentos (BRASIL, 2005b).

O segundo componente da AMQ, “Equipes”, apresentam dimensões como: consolidação do modelo de atenção e atenção a saúde. Já as subdimensões deste componente referem-se à organização do trabalho; acolhimento; humanização e responsabilização; promoção da saúde; participação comunitária e controle social, vigilância a saúde I: ações gerais da SF, saúde da criança, do adolescente, mulheres e homens, idosos e vigilância à saúde II: doenças transmissíveis e III: agravos com prevalência regionalizada (BRASIL, 2005b).

Todas essas dimensões e subdimensões são distribuídas em cinco instrumentos.

O primeiro instrumento destina-se ao gestor municipal de saúde, onde há questões referentes ao desenvolvimento da ESF; o segundo destina-se ao coordenador municipal de ESF e apresenta questões referentes à coordenação técnica das equipes (planejamento e integração); o terceiro instrumento é destinado ao coordenador da Unidade de Saúde da Família (USF) e refere-se a questões de infraestrutura e equipamentos; o quarto instrumento destina-se a toda a equipe da saúde da família e refere-se à organização do trabalho em saúde da família e por fim, o quinto e último instrumento destina-se a profissionais de nível superior da ESF com foco na atenção a saúde da criança, adolescentes, mulheres e homens, idosos e vigilância a saúde.

Nesses instrumentos de auto-avaliação, o conceito de qualidade está associado aos seguintes padrões (BRASIL, 2005b):

- Padrões de estágio E: qualidade elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da ESF);
- Padrões de estágio D: qualidade em desenvolvimento (abordam elementos organizacionais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

- Padrões de Estágio C: qualidade consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações);
- Padrões de Estágio B: qualidade boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados) e;
- Padrões de Estágio A: qualidade avançada (excelência na estrutura, nos processos e principalmente nos resultados).

Desta forma, a AMQ oferece instrumentos específicos aos diferentes trabalhadores da ESF, possibilitando que os mesmos possam avaliar a ESF de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico. Após a aplicação dos questionários, estes são digitalizados e podem-se obter tabelas e gráficos acerca do desenvolvimento da ESF no município. A análise desta informação deve ser realizada e discutida entre e com gestores e equipes, a fim de consolidarem-se propostas de intervenção para os possíveis problemas apontados. Inicialmente estas avaliações devem acontecer a cada semestre (BRASIL, 2005b).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo descrevem-se as etapas metodológicas que foram adotadas para delinear este estudo, proporcionando uma melhor compreensão entre o referencial teórico e prática proposta. Sendo assim, serão descritos: tipo de estudo, local de estudo, coleta, registro, análise dos dados obtidos e considerações éticas.

4.1 Tipo de Estudo

Para analisar as viões dos profissionais sobre a ferramenta de avaliação AMQ desenvolvida pelo MS, realizou-se um estudo avaliativo, com uma abordagem qualitativa de pesquisa, delineada através de estudo de caso.

O estudo de caso é “uma investigação sobre um único evento ou situação (caso), em que se busca um aprofundamento de dados, sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência” (LEOPARDI, 2002, p. 116). Neste caso, estudou-se como fonte de informação um único município.

Para Minayo (2007, p. 21), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupando, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Moreira (2002) define pesquisa avaliativa como um procedimento que, utilizando métodos científicos, busca avaliar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, sendo empregada para avaliar a efetividade de um programa e seus resultados; medir e demonstrar o impacto do programa e propor futuras ações (MOREIRA, 2002, p. 16).

Neste estudo do caso do município de Orleans, procurou-se avaliar a satisfação e aspectos da efetividade do instrumento de avaliação “AMQ” segundo a percepção de gestores e trabalhadores da ESF.

4.2 Contexto do Estudo

A pesquisa teve como campo de estudo o município de Orleans, mais precisamente a ESF desenvolvida pela secretaria municipal da saúde do município.

A escolha do local deveu-se à receptividade do gestor municipal de saúde e ao fato da pesquisadora trabalhar neste município, facilitando assim seu comprometimento com a pesquisa.

Orleans situa-se ao sul do estado de Santa Catarina, nas encostas da Serra Geral, pertencente à microrregião de Criciúma, a 180 km da capital do Estado. Tem uma população de 21.395 habitantes (censo 2010) e uma densidade demográfica de 37,94 hab/km², sendo que 30,44% residem na área rural do município e 69,56% na área urbana.

Com relação ao setor público da saúde, o município possui 8 USF (Unidade de Saúde da Família) e 1 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). O município atua com gestão plena e apresenta 100% de cobertura de ESF.

Com a implantação das Equipes sediadas nas Unidades de Saúde dos bairros contemplados o sistema municipal procurou oferecer uma assistência básica descentralizada, resolutiva e com cobertura ampliada. Possui um Setor de Vigilância em Saúde onde trabalham profissionais das três vigilâncias: epidemiológica, ambiental e sanitária. O setor dá suporte e coordena as oito equipes de Saúde da Família e também a Unidade de Referência do município.

A partir do segundo semestre de 2010 foi implantada a AMQ no município. Em linhas gerais, o processo deu-se através dos cinco instrumentos que são utilizados para avaliar a qualidade da ESF. O primeiro instrumento destina-se ao gestor municipal de saúde, com questões referentes ao desenvolvimento da ESF; o segundo destina-se ao coordenador municipal de ESF e apresenta questões referentes à coordenação técnica das equipes (planejamento e integração); o terceiro instrumento é destinado ao coordenador da Unidade de Saúde da Família (USF) e refere-se a questões de infraestrutura e equipamentos; o quarto instrumento destina-se à toda a equipe de saúde da família e refere-se à organização do trabalho e o quinto instrumento destina-se a profissionais de nível superior da ESF com foco na atenção à saúde da criança, adolescentes, mulheres e homens, idosos e vigilância à saúde.

Segundo orientação do MS, a AMQ deve ser aplicada a cada seis meses, a fim de avaliar a capacidade de mudança na qualidade da ESF. No caso da presente pesquisa, a metodologia AMQ foi realizada uma única vez. Além disso, não aconteceu a digitação dos dados e, conseqüentemente, não houve devolução de informações para serem analisadas pelas equipes e realizados os planos de intervenção.

Vale ressaltar que esta foi uma limitação de gestão, a pesquisadora em momento algum interferiu no processo de implantação da AMQ, afim de não mascarar os dados da pesquisa.

4.3 Participantes do Estudo

O universo do estudo foi composto pelos participantes da ESF em Orleans, desde a gestão municipal de saúde às equipes de SF. Com a finalidade de tornar o grupo o mais homogêneo possível, selecionaram-se equipes de Saúde da Família com quadro completo de profissionais como critério de inserção, ou seja, com médico, enfermeira, técnica(o) de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde.

Segundo esse critério, participaram deste estudo a gestão municipal de saúde e quatro Equipes de Saúde da Família, uma vez que das oito equipes existentes no município, apenas quatro apresentava equipe completa.

O total de participantes do estudo foi de 29 pessoas: quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro dentistas, oito técnicos de enfermagem, oito ACS e o secretário municipal da saúde.

Para garantir o cumprimento dos preceitos éticos da pesquisa fez-se a codificação dos sujeitos participantes, como mostra o Quadro 1. Foram utilizados os signos GES, ENF, MED, DENT, TEC E ACS para identificar as profissões dos entrevistados.

Quadro 1: Participantes do estudo e codificação utilizada

PROFISSIONAL	ESF	NÚMERO	CÓDIGO
Gestão	–		GES
Enfermeira	1	4	ENF1
Enfermeira	2		ENF2
Enfermeira	3		ENF3
Enfermeira	4		ENF4
Médico	1	4	MED1
Médico	2		MED2
Médico	3		MED3
Médico	4		MED4
Dentista	1	4	DENT1
Dentista	2		DENT2
Dentista	3		DENT3

PROFISSIONAL	ESF	NÚMERO	CÓDIGO
Dentista	4		DENT4
Técnico de Enfermagem	1	8	TEC1a; TEC1b
Técnico de Enfermagem	2		TEC2a; TEC21b
Técnico de Enfermagem	3		TEC3a; TEC3b
Técnico de Enfermagem	4		TEC4a; TEC4b
Agente Comunitária de Saúde	1	8	ACS1a; ACS1b
Agente Comunitária de Saúde	2		ACS2a; ACS2b
Agente Comunitária de Saúde	3		ACS3a; ACS3b
Agente Comunitária de Saúde	4		ACS4a; ACS4b

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

4.4 Técnicas de Coleta e Registro dos Dados

Como métodos de coleta de dados para esta pesquisa, utilizaram-se a entrevista individual semi-estruturada, observação participante e grupo focal. Os registros foram efetuados através de gravador e caderno de campo.

Apresenta-se no Quadro 2 a correlação entre os objetivos específicos propostos e os procedimentos utilizados para coleta de dados:

Quadro 2: Relação entre os objetivos específicos e os procedimentos para coleta e registro de dados

OBJETIVOS	PROCEDIMENTOS UTILIZADOS
Identificar qual a visão dos gestores e trabalhadores da ESF do município de Orleans acerca da avaliação em saúde na ESF antes da implantação da ferramenta AMQ;	Entrevista individual semi-estruturada aos participantes.
Realizar oficina de sensibilização sobre avaliação em saúde e AMQ	Oficina composta de 3 partes: discussão e introdução de conceitos de avaliação em saúde,

OBJETIVOS	PROCEDIMENTOS UTILIZADOS
aos trabalhadores e gestores da ESF, em conjunto com a 20ª. Regional de Saúde de SC	planejamento da implantação do AMQ e abordagem de sensibilização para adesão à AMQ.
Acompanhar a implantação da AMQ no município de Orleans;	Observação participante e registro dos dados em um diário de campo.
Identificar a visão dos gestores e trabalhadores da ESF do município de Orleans sobre avaliação em saúde e AMQ após a implantação da ferramenta.	Entrevista individual(gestor) e grupo focal (demais participantes). E aplicação de Escala Likert para identificar a satisfação com a AMQ.
Avaliar a percepção sobre avaliação em saúde de gestores e trabalhadores da ESF do município de Orleans antes e depois da implantação da ferramenta.	Comparação entre resultados antes e após a implantação da AMQ.

Fonte: Dados da Pesquisa (2011)

Os roteiros das entrevistas desenvolvidos para levantamento da informação destinada a responder os objetivos de estudo versaram sobre categorias pré-estabelecidas como: conceitos de avaliação em saúde e conhecimento da política de avaliação e monitoramento do MS; satisfação e percepção de efeitos, facilidades e dificuldades da utilização da AMQ.

Os aspectos da efetividade pesquisados referiram-se à percepção dos resultados benéficos produzidos por determinado procedimento, intervenção ou serviço, neste caso, pela implantação da AMQ nas equipes de SF (PEREIRA, 2005). Em outras palavras, pode-se dizer que é o efeito causado pela aplicação do instrumento de avaliação segundo a visão dos participantes da pesquisa. A satisfação pode ser vista pela “reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência com um serviço” (DONADEBIAN, 1980). Neste caso, se coloca a satisfação usuários da AMQ, gestor e trabalhadores, diante de sua implantação.

Para identificar a satisfação dos participantes em relação a AMQ realizou-se a aplicação de uma escala tipo Likert a todos os participantes, com as opções: muito satisfeito/a, satisfeito/a, pouco satisfeito/a, insatisfeito/a ou indiferente e realização da contagem numérica simples das respostas.

4.4.1 Entrevista

Segundo Minayo (2007, p. 64) “As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização”.

Ainda segundo a autora as entrevistas podem ser classificadas em: a) sondagem de opinião: onde são utilizados questionários totalmente estruturados, e o entrevistado dará respostas às perguntas formuladas pelo investigador; b) semi-estruturada: com perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem prender à indagação formulada; c) aberta ou em profundidade: onde o entrevistado é convidado a falar sobre determinado tema; d) focalizada: destinada a esclarecer apenas um determinado problema e e) projetiva: que usa recursos como figuras, filmes, fotos, etc. e convida o entrevistado a discorrer sobre o que vê ou lê.

Nesta pesquisa utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro de perguntas (apêndice A), nos momentos prévio e posterior à implantação da AMQ. Os participantes da pesquisa foram entrevistados através de um roteiro de perguntas que envolviam questões sobre:

- Fase pré-implantação: conceito de avaliação em saúde, práticas de avaliação, conhecimento sobre instrumentos de avaliação e da Política de Avaliação e Monitoramento do MS e opinião de como poderia ser realizada uma avaliação em saúde na visão dos entrevistados.
- Fase pós-implantação: satisfação quanto à AMQ, quanto ao acesso aos materiais e ao sistema informatizado.

Os dados foram registrados através de gravador e depois transcritos integralmente pela pesquisadora.

4.4.2 Oficina de sensibilização

O município de Orleans foi o primeiro município da 20ª Gerência de Saúde de SC a sensibilizar os trabalhadores e gestores sobre o AMQ, sendo também o primeiro município sensibilizado por esta gerência de saúde.

A oficina de sensibilização foi realizada antes da implantação do AMQ no município por técnicos da secretaria municipal da saúde, um deles com treinamento realizado pelo MS e da 20ª Gerência de Saúde de SC e se dirigiu a todas as Equipes de Saúde da Família e ao gestor de saúde do município. Todos os trabalhadores receberam convite para participar e das

equipes que faziam parte da pesquisa não se fizeram presentes uma enfermeira, um médico e uma ACS .

A sensibilização teve início com uma explanação sobre “Avaliação em Saúde” realizada pela pesquisadora. Logo após, técnicos municipais do setor de controle e avaliação em saúde apresentaram o planejamento para implantação municipal da AMQ. A partir daí, a coordenadora regional de Atenção Básica iniciou a abordagem sobre AMQ. Não houve uma avaliação ao final da sensibilização.

A pesquisadora anotou as impressões sobre a atividade em um caderno de campo.

4.4.3 Observação Participante

Segundo Minayo,

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a consideram não apenas uma estratégia no conjunto da investigação das técnicas de pesquisa, mas como um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade. (MINAYO, 2007, p. 70).

Neste estudo a pesquisadora acompanhou todas as fases de implantação da AMQ nas quatro equipes da ESF que fizeram parte da pesquisa, com o intuito de registrar e controlar distorções que pudessem interferir sobre os resultados da avaliação.

Antes das equipes iniciarem os trabalhos com a AMQ, realizou-se uma reunião com as gerências de cada unidade para novamente repassar o cronograma de implantação e tirar dúvidas ainda existentes. Cada gerência levou os cadernos da AMQ e repassou as informações a sua equipe, que escolheu o melhor momento para executá-lo.

À medida que se desenvolvia o trabalho, várias dúvidas ainda surgiram, entre elas, a questão do padrão de respostas sobre qualidade, por exemplo, quando considerar sim/não determinada pergunta.

Os cadernos com as respostas requeridas foram enviados ao setor de controle e avaliação do município, e não foram digitadas no sistema AMQ.

Todas as observações realizadas com a técnica de observação participante foram registradas sistematicamente em um diário de campo pela pesquisadora.

O diário de campo é o principal instrumento de trabalho de uma observação. É um caderno, uma caderneta ou um arquivo eletrônico, no qual o pesquisador registrou todas as informações detalhadas obtidas na observação. (MINAYO, 2007).

4.4.4 Grupo Focal

Após seis meses da implantação foram realizados grupos focais com os trabalhadores das equipes.

Segundo Powell e Single (1996 apud GATTI, 2005, p. 7), “um grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. “Esta modalidade consiste, portanto, em buscar informações não de um indivíduo, mas em um grupo já existente ou formado especificamente para um período destinado à coleta de dados, que se reúna em torno de um interesse relacionado ao tema da investigação” (LEOPARDI, 2002).

Os grupos focais foram realizados com cada uma das quatro equipes de SF pertencentes ao estudo e seguiram o seguinte roteiro de perguntas: conceito de avaliação em saúde; como realizar avaliação em saúde na ESF; opinião sobre a implantação da AMQ, percepção da efetividade na visão dos trabalhadores: facilidades, dificuldades e efeitos da AMQ na ESF. O Roteiro que norteou o grupo focal encontra-se no Apêndice B.

4.5 Processo de Estudo

Para viabilizar o estudo foram executados alguns procedimentos:

- Visita ao local do estudo, para apresentação inicial da proposta ao gestor municipal de saúde;
- Solicitação de autorização para realização do estudo para o gestor municipal de saúde;
- Entrega de cópia escrita do projeto de dissertação ao gestor municipal de saúde;
- Reunião com todas as equipes de saúde da família que participarão do estudo para apresentação dos objetivos do presente estudo;
- Coleta de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C);
- Entrevista individual com todos os participantes da pesquisa, antes da implantação do AMQ;
- Oficina de sensibilização para todos os participantes da pesquisa;
- Acompanhamento da implantação do AMQ, por meio de observação participativa;
- Entrevista/grupo focal com os participantes da pesquisa, 6 meses após a implantação do AMQ;
- Análise comparativa dos dados antes e depois da implantação da AMQ
- Devolução dos dados analisados e informe dos resultados às equipes ao término do estudo.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com base em Bardin (2010) e foi do tipo análise de conteúdo.

Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto. (BARDIN, 2010, p. 33).

A análise de conteúdo organizou-se em torno de três pólos cronológicos, (BARDIN, 2010):

- A pré-análise;
- A exploração do material;
- O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

4.6.1 Pré-análise

A Pré-análise é a fase de organização, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, conduzindo a um esquema preciso de desenvolvimento, num plano de análise (BARDIN, 2010). Nesta fase utilizaram-se as transcrições das entrevistas, grupos focais e diário de campo, separando-os em informações de pré-implantação e de pós-implantação. Procedeu-se a uma leitura flutuante dos dados obtidos.

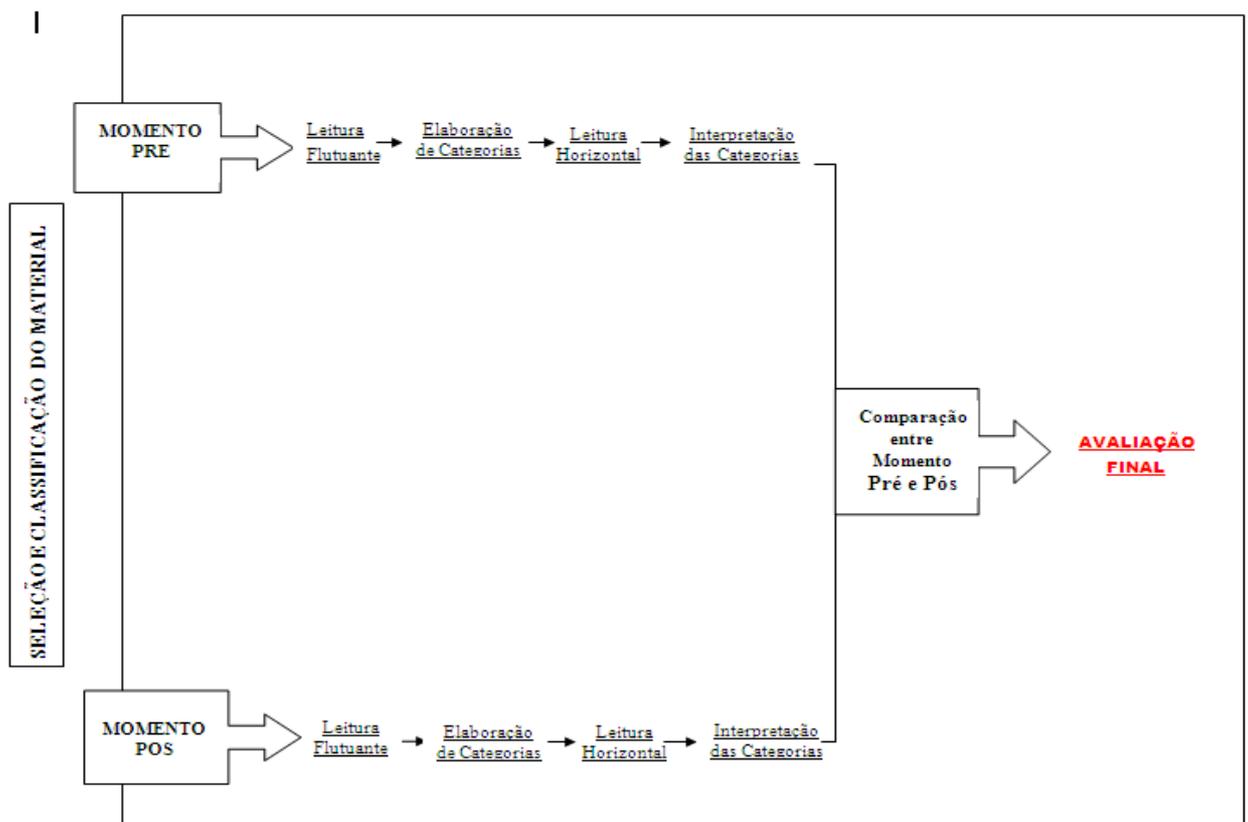
4.6.2 Exploração do material

Com a fase de pré-análise devidamente concluída, a fase da análise não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas (BARDIN, 2010). Organizou-se aqui o material de forma a realizar leituras verticais do conjunto de informações de cada pessoa ou grupo e depois leituras horizontais, comparando uma mesma informação entre as várias pessoas ou grupos, possibilitando uma análise das diferentes visões de cada equipe. Em todo esse processo se demarcavam as idéias principais de cada categoria estudada.

4.6.3 Tratamento e Interpretação da Informação

Após a pré-análise e exploração do material, realiza-se a interpretação dos resultados obtidos, seguindo-se as seguintes etapas (Figura 1).

Figura 1: Modelo de análise da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

4.7 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) no mês de maio de 2010, Parecer nº 142/10.

Segundo Marcílio e Ramos (1999, p. 33), “Ética é a arte que torna bom aquilo que é feito e quem o faz. É a arte do Bem. Ciência do Bom.”

A ética é uma característica inerente a toda ação humana e, por esta razão, é um elemento vital na produção da realidade social. A palavra ética é originária do grego e ao ser traduzida para o latim seu significado é moral.

A palavra moral vem do latim (*mor-mores*) e designa costumes, a condução da vida, as regras de comportamento. Etimologicamente, tem, portanto, um sentido razoavelmente amplo: remete ao agir humano, aos comportamentos cotidianos, às escolhas e intenções. Ela faz pensar espontaneamente em hábitos sociais, normas, regras de comportamento, princípios, valores. (DURAND, 2003, p. 67).

O desenvolvimento ético deste estudo foi pautado no Código de Ética da Enfermagem e nos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Visando atender aos preceitos dessa Resolução, foram respeitados os seguintes aspectos:

- Esclarecimento de todos os pontos da pesquisa para os participantes;
- Obtenção da assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (Apêndice C);
- Garantia da privacidade, do anonimato dos participantes do estudo e sigilo das informações que não desejem ser divulgadas;
- Desenvolvimento de procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade;
- Garantia aos participantes do estudo para permanecerem ou retirem-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhes ocasione prejuízos;
- Respeito aos valores culturais, religiosos, sociais, morais e éticos, bem como os hábitos e costumes das pessoas envolvidas.
- Garantia de devolução dos dados ao final da pesquisa.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas assegura tranquilidade e respeito aos direitos humanos e éticos, proporcionando o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões preconizados por lei.

5 RESULTADOS

Artigo será submetido para a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Qualis/CAPES B1).

SATISFAÇÃO E EFETIVIDADE PERCEBIDA NA IMPLANTAÇÃO DA “AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA” EM ORLEANS, SC

SATISFACTION AND EFFECTIVITY IN THE IMPLANTATION OF THE EVALUATION FOR THE QUALITY IMPROVEMENT OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN ORLEANS, SC

Greice Lessa

Especialista em Saúde da Família. greicelessa@hotmail.com

Maristela Chitto Sisson

Doutora em Medicina. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho,
Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC.

RESUMO

A avaliação vem ocupando lugar de destaque no Brasil e atualmente se discute sua institucionalização. O Ministério da Saúde desenvolveu uma metodologia de auto-gestão denominada “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”. Para avaliar a satisfação e os efeitos percebidos pela aplicação desta ferramenta no gestor e trabalhadores de Saúde da Família de Orleans, Santa Catarina, foi realizado um estudo

avaliativo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante e grupos focais. Apenas uma rodada da avaliação foi completada e não houve digitação dos dados, mas foi valorizada a possibilidade de melhoria das ações, discussão e reflexão facilitadas pela AMQ. Baixa incorporação de conceitos de avaliação, percepção da AMQ como atividade “à parte”, falta de tempo, excessiva extensão, padrão de respostas insatisfatório e problemas no entendimento das perguntas foram dificuldades identificadas, apesar da maioria dos participantes referir sua satisfação com o instrumento como “boa”. Conclui-se que a avaliação foi percebida como atividade necessária e valorizada, mas necessita forma operacional que proporcione maior adesão às atividades de rotina, possibilitando o monitoramento local de maneira ágil e direta.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde, avaliação da qualidade, satisfação, percepção dos trabalhadores, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The evaluation has been occupying a prominent place in Brazil and currently it is discussed its institutionalization. The Ministry of Health has developed a methodology of self-management called “Evaluation for the Quality improvement of the Family Health Strategy”. To evaluate the satisfaction and the effects noticed by applying this tool in the manager and workers of the Family health in Orleans, Santa Catarina, it was realized an evaluative quantitative study, by semi structured interviews, participating observation and focal groups. Only one round of the evaluations was completed and there has not been data entry, but it was valued the possibility of actions improving, discussion and reflection issued by AMQ. Low incorporation of evaluating concepts, perception of AMQ as activity “aside”, lack of time, excessive

extensiveness, unsatisfying answer standards and issues understanding the questions were difficulties identified, nevertheless the majority of the participants referred their satisfaction with the instrument as “good”. We conclude that the evaluation was noticed as an essential activity and valued, but needs an operational way that provides a higher adhesion to the routine activities, enabling the local monitoring in an agile and direct way.

Keywords: Evaluation in health. Quality evaluation. Satisfaction. Workers perception. Family health program.

INTRODUÇÃO

Assim como a garantia da qualidade dos serviços de saúde se apresenta como um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a efetivação de seus princípios e diretrizes¹, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a progressiva ampliação da sua cobertura tornaram-se um estímulo e um desafio para as iniciativas de avaliação relacionadas à melhoria contínua da qualidade².

Nos últimos anos o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo algumas ações na direção de implementar estratégias de Avaliação em Saúde e torná-la componente de rotina nos serviços de saúde. Recentemente propôs uma política de institucionalização da avaliação na atenção básica com o objetivo de apoiar a tomada de decisão e ofertar serviços de melhor qualidade³.

A partir desta política foi elaborada a “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que consiste em instrumentos de auto avaliação aplicados diretamente a gestores, coordenadores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, com intuito de fornecer subsídios para um possível plano de intervenção local⁴.

Entre os estudos que relatam as experiências de implantação dessa ferramenta, Lima *et al.*⁵ estudaram a correlação entre a AMQ e o processo de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos estados e municípios, concluindo que trata-se de um guia importante para os profissionais envolvidos no processo da Atenção Básica e para formação de juízo de valor na melhoria contínua da qualidade.

Em um município da Bahia, a proposta foi analisada numa perspectiva de utilização de seus resultados⁶ e mostrou ter, além do potencial de uso da avaliação como referência para a organização da ESF, importância nos aspectos relacionados ao triângulo de governo (projeto, capacidade e governabilidade do sistema).

Um estudo de implantação realizado em Maringá, Paraná⁷, mostrou que houve receptividade e adesão à AMQ nas primeiras avaliações, apenas sugerindo o acompanhamento sistemático e a realização de estudos que verifiquem o que representa para os gestores e equipes de Saúde da Família, em seu processo de trabalho, implantá-la e planejar ações.

Schroeder, primeiro município catarinense a relatar a experiência de implantação da AMQ apontou-a como uma oportunidade de discussão de práticas e condutas, maior responsabilização e integração de toda a equipe por soluções de problemas e produção de mudanças nas ações de saúde com o simples preenchimento dos questionários⁸.

No estado catarinense estão cadastrados no sistema da AMQ 91 municípios, porém a inscrição do município no sistema AMQ não significa necessariamente a implantação e utilização da AMQ. Entre eles, o município pesquisado neste trabalho, considerado de pequeno porte, que implantou a ferramenta de avaliação no segundo semestre de 2010⁹.

Neste contexto e tomando por referência o documento técnico do Ministério da Saúde⁴ que norteia o processo, estabeleceu-se como objetivo deste estudo avaliar a satisfação e os efeitos da ferramenta “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da

Família” implantada no município, sob a perspectiva dos gestores e trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família.

A AMQ vem sendo implantada em vários municípios brasileiros de forma voluntária. Analisá-la sob o olhar de quem a utiliza diretamente, especificamente para conhecer a satisfação e a percepção de sua efetividade é a questão que este estudo pretendeu enfocar, no intuito de contribuir com o debate sobre a institucionalização da avaliação em saúde em municípios de pequeno porte.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE, AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E AMQ

O foco da Avaliação em Saúde, em nível internacional, vem sofrendo modificações ao longo dos anos. A Avaliação de Serviços, Programas e Tecnologias de Saúde teve seu auge na década de 50 com a expansão e crescimento dos serviços de saúde e tecnologia médica e também com a responsabilização do Estado no financiamento da saúde. Na década de 60, os olhares voltaram-se para a avaliação da qualidade e na década de 70 estimulou-se a avaliação tecnológica em saúde, com a criação de instituições financiadoras de pesquisa na área¹⁰.

A Avaliação é conceituada como “algo que implica julgamento, onde o veredicto baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal”¹¹.

Apesar dos processos de Avaliação em Saúde ainda serem incipientes no Brasil³, pouco subsidiários ao planejamento e gestão dos serviços de saúde¹², na última década vem crescendo sua utilização para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos e subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados¹³.

As políticas de saúde, porém, nem sempre provocam as mudanças e efeitos desejáveis. Há exemplos de programas bem-intencionados, colocados em prática durante anos, até que avaliações revelam que seus resultados não eram os esperados¹⁴.

Num cenário de marcantes desigualdades sociais e pouca oferta de recursos públicos para as ações do setor saúde, a avaliação reveste-se de extrema importância para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços voltados às necessidades de saúde da população¹⁵.

Esta avaliação pode ser sobre a estrutura, processo e resultados do que se quer avaliar¹⁶. Os dados que compõem os instrumentos para avaliação, por exemplo, são relativos às condições estruturais (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, etc.), aos processos que definem essas práticas (consultas, internações, exames, etc.) e aos resultados das mesmas (mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, etc.)¹⁶.

Independentemente do tipo de avaliação sempre se tem presente a ideia de qualidade, já que a avaliação estabelece um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade¹⁷.

Com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados ao nível de Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro criou, no ano de 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), para estruturar e implementar os processos de avaliação na AB, permitindo assim monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família⁴.

Com a expansão da ESF, colocando-a como estratégia reorganizadora da AB, despertou discussões relacionadas à qualificação da equipe e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema¹⁸.

Com esse novo cenário, o MS, redefiniu em 2003 a missão da CAA/DAB, para monitorar e avaliar a AB instrumentalizando a gestão e fomentando/consolidando a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS³.

Naquele mesmo ano, foi “desencadeado um amplo processo de discussão com o objetivo de mobilizar atores importantes na construção de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a atenção básica”³. Esta política é apresentada em seis componentes principais: monitoramento e avaliação; desenvolvimento da capacidade avaliativa, articulação sistemática e integração das ações; cooperação técnica e articulação interinstitucional; indução e gestão de estudos e pesquisas e produção de informação e comunicação. Todas as ações citadas pretendem contribuir com a institucionalização da avaliação em saúde no SUS⁴.

No nível municipal, os focos de intervenção se caracterizam por investir em Pesquisas Avaliativas sobre Atenção Básica (estudos de linha de base do Proesf), Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e Monitoramento de Indicadores Municipais da Atenção Básica.

No contexto do componente de desenvolvimento da capacidade avaliativa o Ministério da Saúde elaborou o instrumento “Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” - AMQ, com o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica (AB)⁴.

A AMQ consiste em uma metodologia auto avaliativa orientada por questionários dirigidos aos trabalhadores, coordenadores e gestores da Estratégia Saúde da Família, possibilitando uma avaliação sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico. A partir da aplicação de questionários e sua digitação, podem obter-se tabelas e gráficos acerca do desenvolvimento da ESF no município. A análise desta informação deve ser realizada e discutida entre e com gestores e equipes, a fim de

consolidarem-se propostas de intervenção para os possíveis problemas apontados. Inicialmente estas avaliações devem acontecer a cada semestre⁴.

Apresenta um forte aspecto organizador, pois a partir dos princípios, estratégias e diretrizes da ESF, orienta a formação de um diagnóstico sobre sua organização e funcionamento, além da identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos e das potencialidades⁴. O MS pressupõe, em função disso, que permitirá impulsionar o desenvolvimento da ESF no Brasil⁴.

A garantia da qualidade dos serviços de saúde não é tarefa fácil e seu monitoramento é fundamental para que se concretize. Para isso é necessário definir os atributos ou critérios que nortearão a qualidade. O enfoque mais utilizado é aquele proposto por Donabedian, focalizado nos sete pilares da qualidade: eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade¹⁶. Este mesmo autor considera ainda a “satisfação” um método importante para avaliar determinada realidade.

Neste estudo utilizaram-se “efetividade” e “satisfação” como atributos da qualidade a serem investigados na implantação da AMQ, através da percepção de profissionais e gestores das Equipes de Saúde da Família sobre esse instrumento de avaliação.

Os aspectos da efetividade pesquisados referem-se à percepção dos resultados benéficos produzidos por determinado procedimento, intervenção ou serviço¹⁹, neste caso, pela implantação da AMQ nas equipes de SF. Em outras palavras, pode-se dizer que é o efeito causado pela aplicação do instrumento de avaliação segundo a visão dos participantes da pesquisa.

A satisfação pode ser vista pela “reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência com um serviço”¹⁶. Neste caso, se coloca a satisfação usuários da AMQ, gestor e trabalhadores, diante de sua implantação.

MÉTODO

Este estudo avaliativo utilizou uma abordagem qualitativa de pesquisa, com delineamento de tipo estudo de caso, constituído com base em dados coletados através de entrevistas individuais com roteiros de perguntas semi-estruturada, oficina de sensibilização, observação participante e grupo focal. A pesquisa teve como campo Orleans-SC, mais precisamente as equipes da ESF deste município. Participaram do estudo quatro das oito equipes de Saúde da Família existentes, com quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro dentistas, oito técnicos de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, além do gestor municipal de saúde. Buscou-se informação sobre categorias pré-selecionadas antes e seis meses depois da implantação da AMQ e compararam-se os dois momentos. Para inferir a percepção sobre a avaliação em saúde utilizaram-se: conceito e práticas de avaliação em saúde dos participantes; conhecimentos sobre a Política de Avaliação e Monitoramento e sobre instrumentos de avaliação. Para identificar a percepção de aspectos da efetividade da AMQ: efeitos da AMQ para a ESF; facilidades e dificuldades da AMQ; importância da AMQ para a ESF e acesso aos materiais e sistema informatizado. Para inferir a satisfação com a AMQ: aplicação de uma escala tipo Likert a todos os participantes, com as opções: muito satisfeito/a, satisfeito/a, pouco satisfeito/a, insatisfeito/a ou indiferente e realização da contagem numérica simples das respostas.

A implantação municipal da AMQ iniciou com uma sensibilização realizada com todos os trabalhadores e gestor de Estratégia de Saúde da Família, desenvolvida por uma equipe formada pelos técnicos próprios do setor de controle e avaliação em saúde e pela Coordenadora de Atenção Básica da Regional de Saúde a qual pertence o município. Todos os trabalhadores receberam convite para participar da sensibilização e das equipes que fizeram parte da pesquisa apenas uma enfermeira, um médico e uma ACS não se fizeram presentes. A

sensibilização abordou conceitos de Avaliação em Saúde e o planejamento para implantação municipal do instrumento, e apresentou a AMQ propriamente dita. Não houve uma avaliação da atividade ao final da sensibilização.

A pesquisadora acompanhou todo o processo de implantação municipal da AMQ, porém não interferiu neste processo.

Uma semana após realizou-se uma reunião com as gerências de cada unidade para novamente repassar o cronograma de implantação e tirar dúvidas ainda existentes. Cada gerência levou os cadernos de perguntas e repassou as informações à sua equipe, que escolheu o melhor momento para reunir-se e responder à AMQ. Nesse processo, várias questões ainda surgiram, entre elas, dificuldades na compreensão dos padrões de avaliação utilizados pelo AMQ, e, principalmente, no padrão de respostas dos cadernos.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo com base em Bardin²⁰, procedendo-se a uma leitura flutuante e exploração do material, para após realizar a interpretação das categorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), com Parecer nº 142/10 e todos os procedimentos éticos foram respeitados no seu decorrer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa possuíam um perfil com as seguintes características: dos 28 trabalhadores de saúde, 12 tinham formação superior na área da saúde: quatro enfermeiras especializadas em saúde pública, com idades entre 30 e 40 anos, média de sete anos de trabalho no município e dois anos nas equipes de saúde da família; quatro médicos e quatro dentistas com idades entre 25 e 40 anos, de especialidades variadas, mas nenhum com

especialização em Saúde da Família. Além destes, participaram oito técnicos de enfermagem e oito ACS, com idades entre 25 e 45 anos, tempo médio de trabalho nas equipes de três anos e todos com curso de formação específico para sua atuação. O gestor municipal de saúde possuía graduação em Enfermagem e estava no cargo há aproximadamente 18 meses, acumulando neste período a função de Coordenador de Saúde da Família.

A sensibilização realizada para a implantação da AMQ teve um período muito curto de tempo, de apenas 3 horas (o recomendado pelo MS são 8 a 12 horas) e não promoveu, durante seu processo, discussões ou questões de esclarecimento que pudessem dirimir dúvidas, aprofundar ideias ou mesmo promover um debate coletivo de estímulo à avaliação. Além disso, ao final de sua realização, não aconteceu a avaliação da atividade.

Com efeito, ao iniciar-se o trabalho com a AMQ propriamente dita, surgiram muitas dúvidas entre equipes e gestor, sugerindo falhas ou insuficiência desta sensibilização.

Vale ressaltar que a pesquisadora não interferiu no processo de implantação da AMQ, esta limitação deveu-se ao trabalho realizado pela gestão.

Um estudo desenvolvido em São Paulo sobre a implantação da AMQ mostrou que grande parte dos profissionais sentiu-se não apto a implantar a proposta. Com uma avaliação do processo, uma segunda sensibilização e melhor adequação dos conteúdos, os participantes mostraram-se mais confiantes para implantá-la²¹.

O MS preconiza que a implantação municipal da AMQ deve ser orientada e acompanhada por “facilitadores” (profissionais que passaram por capacitação oferecida pelo MS para auxiliarem na implantação da AMQ), baseados em roteiro elaborado pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, que inclui desde acompanhamento sistemático de todo o processo de implantação até a elaboração do plano de intervenção²².

No caso deste estudo, a observação participante realizada durante a oficina de sensibilização identificou ser necessária a criação de metodologias facilitadoras para melhor discussão da proposta da AMQ entre trabalhadores e gestores e o acompanhamento do processo conforme preconizado pelo MS. Além disso, como apontam Venancio *et al.*²¹, existe a necessidade de se refletir sobre alguns conteúdos, criando-se oportunidades onde os participantes possam discutir mais o planejamento e as etapas necessárias à implantação nos municípios, além de maior contato com os instrumentos da avaliação.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES E GESTOR ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DA AMQ

Para comparar a visão que os participantes da pesquisa apresentaram sobre os significados de Avaliação em Saúde antes e depois da implantação da AMQ, utilizou-se material empírico constituído pelas falas dos trabalhadores e gestor da ESF, sintetizado no Quadro 1.

Quadro1: Percepção dos trabalhadores e gestor sobre Avaliação em saúde e Política de Avaliação e Monitoramento do Ministério da Saúde

IMPLANTAÇÃO DA AMQ						
FASE PRÉ						FASE PÓS
Trabalhadores	O que é avaliação em saúde?	Realiza atividade de avaliação?	Como realizar avaliação em saúde?	Conhece instrumentos de avaliação?	Conhece a Política de A e M do MS?	O que é avaliação em saúde?
Enfermeiras	<i>Avaliação do trabalho realizado.</i>	<i>De maneira informal.</i>	<i>Ouvindo os profissionais.</i>	<i>Desconhecem instrumentos de avaliação.</i>	<i>Desconhecem a política.</i>	<i>Avaliar através de instrumentos de avaliação.</i>
Médicos	<i>Avaliação de programas.</i>	<i>Durante as consultas.</i>	<i>Através das ACS.</i>			<i>Avaliar o que é realizado com o que o MS preconiza.</i>
Dentistas	<i>Avaliação do trabalho realizado.</i>	<i>Não.</i>	<i>De maneira isolada, por setor.</i>			<i>Comparar o que é realizado com o que o MS preconiza.</i>
Téc. enfer	<i>Avaliação da saúde do paciente.</i>	<i>Da saúde dos pacientes.</i>	<i>Através da própria ESF.</i>			<i>Avaliação do trabalho realizado.</i>
ACS	<i>Avaliação da saúde do paciente.</i>	<i>Durante as visitas domiciliares.</i>	<i>Ouvindo a comunidade.</i>			<i>Avaliação de metas e trabalho realizado.</i>

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Para a gestão, que na fase inicial possuía um entendimento de Avaliação em Saúde parcial, apenas como avaliação da satisfação do usuário, houve incorporação de conceitos após a implantação da AMQ, ao compreender Avaliação em Saúde como avaliação de resultados para uma possível intervenção.

Segundo Donabedian²³, a avaliação de resultados possui a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo.

O entendimento sobre avaliação em saúde entre os trabalhadores também sofreu modificações após a implantação: de um conceito vago, com significados diferentes entre si, foi incorporada a noção de “comparação”, pelo menos entre um terço dos trabalhadores, representados pelos profissionais de nível superior do estudo.

A avaliação como emissão de juízo de valor sobre algo através de parâmetros desejáveis, ou seja, comparando o ideal e o realizado, é um dos principais conceitos de avaliação²⁴. A maioria dos participantes, porém, não identificava formas de realizá-la, com exceção das ACS, que reconheceram como prática de avaliação, “ainda que informal”, as ações desenvolvidas nas visitas domiciliares às famílias.

A maioria dos trabalhadores não realizava avaliações. Na visão dos médicos, isso se dava pelo fato de que a maior parte do tempo de trabalho estava disponível ao atendimento individualizado, não restando espaços e oportunidades para realizar avaliações.

“É difícil, eu fico o dia todo atendendo no consultório, não dá tempo para parar e avaliar.” (MED4).

No Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente nos serviços de saúde, ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação¹¹.

Para que a Avaliação em Saúde seja institucionalizada, deve ser vista como uma estratégia presente em diversas atividades, projetos e políticas, com o objetivo de criar uma cultura avaliativa, tornando-se parte do cotidiano de gestores e trabalhadores²⁵.

No caso deste estudo, tanto os trabalhadores quanto o gestor entendiam a avaliação em saúde como uma atividade isolada que demandava a paralisação de outras ações para ser realizada. A AMQ não modificou esta visão e os profissionais a interpretaram como uma “atividade a mais” a ser realizada.

Assim como não possuíam informações ou conhecimentos sobre instrumentos de avaliação de forma geral ou sobre a Política de Avaliação e Monitoramento do MS, a maioria dos participantes da pesquisa não mencionou os Pactos de Saúde como instrumentos de avaliação. Os Pactos de Saúde constituem-se em importantes mecanismos para o direcionamento de esforços em relação a metas desejáveis de melhoria de desempenho dos serviços e da situação de saúde da população. Tornaram-se instrumentos de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas e base para a negociação das metas nas três esferas de governo e seu entendimento pelos profissionais é decisivo para que seus objetivos sejam atingidos²⁶.

Trabalhadores e gestor não participavam de maneira ativa na elaboração e pactuação de metas do município em estudo, assim como não planejavam as ações em consonância com o que foi pactuado. A pactuação era elaborada por um único profissional, responsável pela digitação do processo. Esta distorção faz com que a ação de pactuar as metas de saúde seja algo apenas mecânico e obrigatório e não algo sobre o qual os profissionais possam planejar suas ações de forma adequada à realidade epidemiológica local e traçar estratégias para sua melhoria.

Esta situação mostra que é preciso avançar no campo político, no sentido de que os gestores utilizem os Pactos para avaliação de políticas implementadas no nível local e que a

definição de metas possa de fato refletir o compromisso de melhorar resultados e a saúde da população²⁶.

Outro ponto que chamou a atenção foi o fato de não haver tempo e espaço no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família para reuniões de equipe.

A observação mostrou aqui que os trabalhadores não têm o hábito de reunir-se e discutir sobre suas ações, ou refletir metas e planejar. A AMQ trouxe essa possibilidade naquele momento, sendo por isso bastante valorizada.

A necessidade de promover espaços para discussão e reuniões de equipe de maneira planejada e sistematizada, para que todos os membros tenham uma linha de trabalho homogênea é fundamental para a ESF. Disponibilizar horários específicos para reunir-se é algo imprescindível para a organização do trabalho e planejamento de ações²⁷.

EFEITOS DA AMQ NA VISÃO DOS TRABALHADORES E GESTOR DA ESF

Seis meses após a implantação da AMQ, não havia sido realizada a segunda fase da avaliação conforme programado pelo MS e não havia planos para sua realização. Além disso, a digitação e devolução dos dados da primeira avaliação às equipes não foram efetuados, impossibilitando o desenvolvimento de planos de intervenção pelas Equipes. A implantação da AMQ deu-se de forma incompleta, as avaliações realizadas pelas Equipes não geraram dados que pudessem promover mudanças e as avaliações preconizadas a cada seis meses não aconteceram⁴.

Maruti *et al.*⁷ obtiveram resultado semelhante em estudo sobre a implantação da AMQ no município de Maringá, quando identificaram a realização de apenas duas rodadas de avaliação, sugerindo a necessidade de acompanhamento sistemático e de entendimento sobre

o que representa para os gestores e equipes implantar e utilizar os dados da AMQ para realizar o planejamento das ações na ESF.

Apesar da limitação que estes fatos trouxeram à proposta inicial da pesquisa, procurou-se saber a visão dos participantes sobre aspectos da efetividade do instrumento de avaliação e sobre sua satisfação com o processo, mesmo parcial. A análise dos dados referiu-se a benefícios e dificuldades encontrados com o instrumento implantado, opinião sobre a proposta AMQ e seu efeito sobre o trabalho da ESF; satisfação sobre AMQ de forma geral, sua metodologia de implantação e acesso aos materiais e sistema informatizado da AMQ, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro2: Percepção dos trabalhadores e gestor sobre efeitos da AMQ

EFEITOS DA AMQ				
FASE PÓS				
Trabalhadores	Quais os benefícios da AMQ?	Quais as dificuldades da AMQ?	Qual sua opinião sobre a proposta AMQ?	Qual o efeito gerado pela AMQ sobre o trabalho na ESF?
Enfermeiras	<i>Melhoria das ações realizadas.</i>	<i>Muitas perguntas e falta de tempo.</i>	<i>Bom instrumento, pois ajuda na reflexão das ações.</i>	<i>Melhoria das ações.</i>
Médicos	<i>Reflexão sobre as ações.</i>	<i>Ferramenta extensa.</i>	<i>Otimo instrumento, ajuda a melhorar as ações.</i>	<i>Daria um "norte" a seguir.</i>
Dentistas	<i>Reflexão sobre as ações.</i>	<i>Falta de espaço para justificativas.</i>	<i>Bom instrumento, pois ajuda na reflexão das ações.</i>	<i>Melhoria das ações.</i>
Téc. enfer	<i>Discussão sobre as ações.</i>	<i>Muito cansativo.</i>	<i>Instrumento importante para a ESF, ajuda a refletir sobre as ações.</i>	<i>Daria um "rumo" a seguir na a ESF.</i>
ACS	<i>Melhoria das ações.</i>	<i>Dificuldade de entender as perguntas.</i>	<i>Instrumento importante para a ESF, ajuda a refletir sobre as ações.</i>	<i>Melhoria das ações</i>
GESTOR	<i>Melhoria da qualidade das ações.</i>	<i>Ferramenta extensa e demorada para responder.</i>	<i>Instrumento importante para a gestão, ajuda no planejamento.</i>	<i>Ações de melhor qualidade.</i>

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Facilidades e dificuldades da AMQ na opinião dos trabalhadores e gestor da ESF

Entre os trabalhadores, as facilidades da AMQ identificadas por Enfermeiras e ACS diziam respeito a uma busca por melhores atividades e ações oferecidas à população. Médicos, Dentistas e Técnicos de Enfermagem destacaram a importância de gerar discussão e reflexão sobre as ações que o instrumento trazia.

“Pontos positivos eu acho que foi a discussão, toda discussão é importante, é primordial estar discutindo novas tarefas para entrar em consenso com o grupo, até para criar realmente um laço, um vínculo entre a equipe.” (MED3).

Observou-se que os trabalhadores receberam de forma positiva a ideia de utilizar instrumentos de avaliação na perspectiva de melhorar as ações realizadas, demonstrando compromisso com a melhoria da saúde da população. Por outro lado, a avaliação em saúde ainda era vista por muitos como algo extemporâneo ao trabalho rotineiro na ESF e a AMQ não mudou esta percepção.

Na visão do gestor, a utilização da AMQ trazia vários pontos facilitadores para o processo de gestão, como a geração de dados para intervenção e, em consequência, a possibilidade de melhoria da qualidade das ações desenvolvidas. Por outro lado, apesar deste reconhecimento, após sua implantação não houve utilização da informação resultante para realizar algum tipo de planejamento ou para promover ações de gestão.

Desta forma, se as informações levantadas através do preenchimento dos cadernos não promoverem um planejamento crítico, na direção da melhoria das ações desenvolvidas, não haverá diferenças favorecidas pela AMQ na qualidade da ESF. Fica evidente a importância do bom desempenho do gestor no desenvolvimento de qualquer avaliação em nível municipal. Seu incentivo, acompanhamento de forma sistemática e disponibilização de medidas de apoio à resolução de problemas são aspectos cruciais de seu papel.

Outra questão dificultadora apontada pelos trabalhadores foi a rotatividade importante de profissionais no interior da ESF. Esta situação impossibilita a consolidação de

vínculos com a população de responsabilidade das equipes, causando descontinuidade e dificuldades no processo de trabalho, planejamento e avaliação na ESF. No Vale do Taquari (RS), para evitar os altos índices de rotatividade de médicos e enfermeiros da ESF, Medeiros *et al.*²⁸ recomendaram a desprecarização dos vínculos trabalhistas por meio de concurso público e de plano de cargos e salários, uma vez que a rotatividade é altamente prejudicial à efetividade dos resultados esperados e que a resolução do problema constitui-se num grande desafio.

Um fator de destaque relacionado às dificuldades apontadas pelo gestor e trabalhadores foi a percepção da AMQ como uma ferramenta muito extensa e de elaboração demorada.

Os Cadernos da AMQ foram respondidos na medida em que surgia tempo disponível na rotina da equipe, principalmente nos intervalos entre as consultas médicas. Os profissionais muitas vezes não conseguiam discutir sobre algumas questões, já que eram muitas e o tempo, escasso. Falta de tempo para responder aos cadernos de perguntas, dificuldades no entendimento de algumas questões e falta de espaço para colocação de justificativas foram apontados como fatores limitantes do desenvolvimento da Avaliação.

A maior queixa, porém, dos trabalhadores, foi relativa à excessiva extensão do instrumento e seu formato de questões fechadas com apenas uma alternativa dicotômica (sim/não) para resposta.

De forma semelhante, em estudo realizado em São Paulo²¹ encontraram-se dificuldades de entendimento e preenchimento dos cadernos e dúvidas na opção das respostas “sim” e “não” em relação às atividades executadas, além de ausência de questões adequadas a determinadas realidades e a não existência de questões específicas para cada profissional (enfermeiros, médicos, dentistas etc).

O Guia de Implantação Municipal da AMQ faz uma discussão sobre as respostas categóricas (sim/não) encontradas nos cadernos. O próprio MS prevê que este tipo de resposta pode ser visto como “radical”, principalmente quando uma resposta “não”, significa um “quase sim”. Sendo assim, de acordo com este guia, uma resposta “não” deve ser encarada como algo que precisa ser melhorado, já uma resposta “sim”, como algo que não sofrerá intervenção²².

No caso deste estudo, durante a atividade de sensibilização essas questões não foram abordadas, e esta lógica trouxe confusão à compreensão da forma de respostas.

Efeitos da AMQ na visão de profissionais e gestor da ESF

A geração de dados para o planejamento e a gestão e de discussões entre os membros das equipes foram efeitos positivos reforçados pela gestão, que considerou ainda que a didática de implantação foi adequada, não encontrando dificuldades quanto ao acesso aos cadernos e sistema informatizado da AMQ. Valorizou, além disso, o bom comprometimento dos profissionais com o uso da AMQ.

Instrumento norteador das ações desenvolvidas pelas equipes, estímulo para o debate e apoio para a reflexão e melhoria na qualidade das ações realizadas foram os efeitos positivos da AMQ mais apontados pelos trabalhadores das equipes de SF.

Os trabalhadores também apontaram como um dos efeitos principais da AMQ sua função de “guia” de atividades na ESF. Um estudo de revisão corroborou esses achados, avaliando a AMQ como um importante guia para os profissionais envolvidos no processo de Atenção Básica, contribuindo para a formação de juízo de valor de suas ações no intuito da melhoria contínua da qualidade⁵.

Muitas das questões contidas nos cadernos de avaliação estavam relacionadas a ações consideradas como “novas”, não trabalhadas pelos profissionais no cotidiano e, além disso, alguns profissionais tanto desconheciam seu papel, quanto a própria proposta da Estratégia de Saúde da família. No estudo de São Paulo, Venancio *et al.*²¹ identificaram a AMQ como uma proposta com caráter pedagógico, uma vez que muitos profissionais envolvidos na ESF nunca receberam capacitação, dificultando o entendimento sobre o que é esperado como resultado do trabalho das equipes.

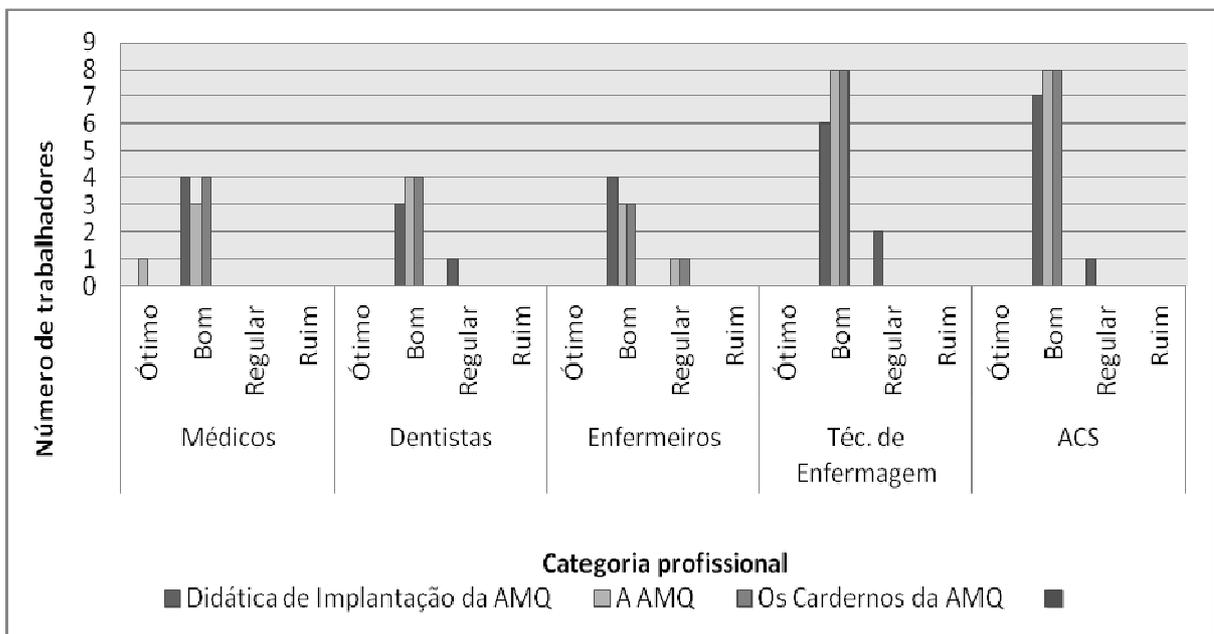
Um “guia de ações’ ou protocolo (*guideline*) é definido como um conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam alguma atividade²⁹. A percepção da AMQ como um guia deste tipo mostra a necessidade contínua de capacitação dos profissionais para o trabalho na ESF. Não se pode conceber o compromisso de reorganizar as práticas de saúde como preconizado pela ESF sem o investimento em uma política de formação consistente e num processo permanente de capacitação de recursos humanos.

Entre as várias frentes abertas pelo MS para a resolução destes problemas está a política de Educação Permanente (EP), cujo objetivo central é a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde³⁰. Esta política, porém, tem tido dificuldades de operacionalização. Encontrou-se em um estudo em São Paulo³¹ que, diferentemente do que preconiza a Política de Educação Permanente em Saúde, onde os processos de capacitação devem tomar como base a problematização da prática concreta dos profissionais, a origem por demanda de capacitações é ainda muitas vezes externa ao serviço, fazendo com que possam não expressar as necessidades dos serviços e dos seus trabalhadores. Segundo os autores, essa situação mostra a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS e de articulação dos diversos níveis da política de EPS para proporcionar avanços nas transformações das práticas educativas de trabalhadores³¹.

SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES E GESTOR DA ESF COM A AMQ

Para um estudo simples da satisfação do gestor e trabalhadores baseado em Escala Likert, procurou-se saber o grau de satisfação com a AMQ de forma geral, com os cadernos da AMQ e com a didática de implantação realizada no município (Gráfico1).

Gráfico 1: Satisfação de trabalhadores e gestor em relação a AMQ



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A maioria dos trabalhadores ficou satisfeita com a AMQ, julgando-a de forma geral uma “boa” ferramenta de avaliação, assim como sua didática de implantação e conteúdo dos cadernos. O acesso ao sistema de informação foi realizado sem dificuldades pelo gestor. As avaliações críticas dos participantes neste conjunto de respostas repetiram o que já havia sido destacado anteriormente, reforçando as situações relativas à grande quantidade de informações recebidas em curto espaço de tempo, à excessiva extensão do instrumento, às questões fechadas e à falta de espaço para justificativas nas respostas dos cadernos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num balanço geral, a visão dos profissionais e gestor sobre a implantação da AMQ foi positiva no sentido de promover discussão e reflexão sobre as ações desenvolvidas na ESF, e potencial para possibilitar intervenções de melhoria da qualidade dessas ações.

Mesmo valorizando a possibilidade de lançar mão de um instrumento auxiliar como a AMQ na avaliação em saúde, foi percebido por outro lado, como um instrumento fechado, demasiado extenso, demorado para ser respondido e de difícil uso no trabalho das equipes.

Após a implantação da AMQ houve incorporação de alguns conceitos importantes, como o entendimento de avaliação como “comparação” e a importância da avaliação de resultados. Porém, mesmo após a implantação da ferramenta, a percepção da Avaliação em Saúde como algo “isolado”, extemporâneo ao trabalho rotineiro na ESF, permaneceu, mostrando que a AMQ não foi capaz de mudar esta percepção.

Também a visão da AMQ como uma ferramenta que norteia as ações da ESF à semelhança de um guia ou protocolo chama a atenção, uma vez que o objetivo principal é avaliar a ESF para servir de norte a um plano de intervenção. Isto remete à já conhecida necessidade dos profissionais serem capacitados para o trabalho na ESF e dos problemas que as estratégias para superar estas questões, como a Política de Educação Permanente, estão enfrentando³¹.

Essas características indicam a dificuldade em incorporar uma ferramenta deste tipo em equipes com pouco preparo para o trabalho na Atenção Básica e ESF, que não tem a prática das reuniões sistemáticas nem tempo para atividades que consideram de realização isolada, por não estarem no corpo das ações de saúde rotineiras.

A elaboração de planos de intervenção baseados em dados de diagnóstico local de saúde não se realizou, uma vez que as informações não chegaram a ser digitadas e analisadas. Na linha da AMQ, de levantamento de informações para diagnóstico de saúde, as próprias unidades básicas já possuem grande quantidade de dados registrados rotineiramente e que poderiam ser utilizados¹¹, mas que na maioria das vezes, não chegam ao conhecimento das equipes, ou mesmo do gestor, mostrando que estratégias de superação destas dificuldades ainda precisam ser desenvolvidas.

Neste estudo, trabalhadores e gestor não tinham conhecimento dos conteúdos e objetivos tanto dos Pactos como da Política de Avaliação e Monitoramento do Ministério da Saúde para o trabalho no seu município, esvaziando de sentido sua operacionalização, uma vez que as metas para alcance da saúde das pessoas devem ser pensadas por quem executa as ações, para que se realizem transformações na direção adequada.

Alguns estudos citados neste trabalho mostram muitas semelhanças com os resultados encontrados aqui. Esta realidade comum pode estar indicando que a capacidade operativa das políticas de saúde da área da Atenção Básica precisa ser discutida e seu alcance reavaliado sob pena de comprometer a efetividade desejada do modelo assistencial.

REFERENCIAS

- 1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. São Paulo: Rideel; 2005.
- 2 Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2005; 5(Supl. 1):s63-s69.

- 3 Brasil. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
- 4 **AMQ**. [Internet]. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - Documento Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 5 Lima RGM, Silva GS, Mendes MFM. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. In: *Anais do 9º Congresso de Saúde Coletiva*; 2009; Recife.
- 6 Fonseca ACF, Chaves SCL. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados. In: *Anais do 9º Congresso de Saúde Coletiva*; 2009; Recife.
- 7 Maruiti AMP, Bauli JD, Zurita RCM, Scochi MJ. A Implantação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade – AMQ – no município de Maringá - Paraná. In: *Anais do 9º Congresso de Saúde Coletiva*; 2009; Recife.
- 8 Poças KC, Maricondi A, moderadores. Painel Nacional: relato de experiências municipais de implantação do AMQ. In: *AMQ – Seminário Nacional em Vitória – ES*; 2007; Vitória. [acessado 2011 maio 25]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/Apresentacoes.asp#sem3a>
- 9 Brasil. **AMQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acessado 2011 maio 25]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm#>

- 10 Clarke A. *Evaluation research – an introduction to principles, methods and practice*. London: Sage Publications; 1999.
- 11 Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10(1): 80-91.
- 12 Brasil. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
- 13 Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde colet.* 2004; 9(3):711-724.
- 14 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 das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl.1):s159-s172.
- 15 Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

- 16 Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Arbor A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 3-31.
- 17 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Públ.* 2000; 34(4):547-559.
- 18 Brasil. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- 19 Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- 20 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Ed. 70; 2010.
- 21 Venâncio SI, Silva AL, Martins MCFN, Martins PN, Figueiredo R, Rosa TEC, Bastos S. *Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família - AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. (Temas em Saúde Coletiva, 7).
- 22 Brasil. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Guia de Implantação Municipal AMQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- 23 Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull.* 1992; 18(11):356-360.

- 24 Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- 25 Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. saúde colet.* 2006; 11(3):553-563.
- 26 Revista Brasileira Saúde da Família. 2007; 8(13). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- 27 Sarti TD. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo Utilizando Instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)* [tese]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
- 28 Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde colet.* 2010; 15(Supl.1):1521-1531.
- 29 Hebling SRF, Pereira AC, Hebling E, Meneghim MC. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. *Ciênc. saúde colet.* 2007; 12(4):1067-1078.
- 30 Costa Neto M, organizador. **Educação Permanente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 3).

- 31 Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2009; 13(30):121-34.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num balanço geral, a visão dos profissionais e gestor sobre a implantação da AMQ foi positiva no sentido de promover discussão e reflexão sobre as ações desenvolvidas na ESF, e potencial para possibilitar intervenções de melhoria da qualidade dessas ações.

Mesmo valorizando a possibilidade de lançar mão de um instrumento auxiliar como a AMQ na avaliação em saúde, foi percebido por outro lado, como um instrumento fechado, demasiado extenso, demorado para ser respondido e de difícil uso no trabalho das equipes.

Após a implantação da AMQ houve incorporação de alguns conceitos importantes, como o entendimento de avaliação como “comparação” e a importância da avaliação de resultados. Porém, mesmo após a implantação da ferramenta, a percepção da Avaliação em Saúde como algo “isolado”, extemporâneo ao trabalho rotineiro na ESF, permaneceu, mostrando que a AMQ não foi capaz de mudar esta percepção.

Também a visão da AMQ como uma ferramenta que norteia as ações da ESF à semelhança de um guia ou protocolo chama a atenção, uma vez que o objetivo principal é avaliar a ESF para servir de norte a um plano de intervenção. Isto remete à já conhecida necessidade dos profissionais serem capacitados para o trabalho na ESF e dos problemas que as estratégias para superar estas questões, como a Política de Educação Permanente, estão enfrentando. (PEDUZZI et al., 2009)

Essas características indicam a dificuldade em incorporar uma ferramenta deste tipo em equipes com pouco preparo para o trabalho na Atenção Básica e ESF, que não tem a prática das reuniões sistemáticas nem tempo para atividades que consideram de realização isolada, por não estarem no corpo das ações de saúde rotineiras.

A elaboração de planos de intervenção baseados em dados de diagnóstico local de saúde não se realizou, uma vez que as informações não chegaram a ser digitadas e analisadas. Na linha da AMQ, de levantamento de informações para diagnóstico de saúde, as próprias unidades básicas já possuem grande quantidade de dados registrados rotineiramente e que poderiam ser utilizados (SILVA; FORMIGLI, 1994), mas que na maioria das vezes, não chegam ao conhecimento das equipes, ou mesmo do gestor, mostrando que estratégias de superação destas dificuldades ainda precisam ser desenvolvidas.

Neste estudo, trabalhadores e gestor não tinham conhecimento dos conteúdos e objetivos tanto dos Pactos como da Política de Avaliação e Monitoramento do Ministério da Saúde para o trabalho no seu município, esvaziando de sentido sua operacionalização, uma

vez que as metas para alcance da saúde das pessoas devem ser pensadas por quem executa as ações, para que se realizem transformações na direção adequada.

Alguns estudos citados neste trabalho mostram muitas semelhanças com os resultados encontrados aqui. Esta realidade comum pode estar indicando que a capacidade operativa das políticas de saúde da área da Atenção Básica precisa ser discutida e seu alcance reavaliado sob pena de comprometer a efetividade desejada do modelo assistencial.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3. ed. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. São Paulo: Rideel, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AMQ**. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - Documento Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 4, n. 4, p. 449-459, out./dez. 2004. (Informes Técnico-institucionais).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. s63-s69, dez., 2005. Suplemento.

CARVALHO, M. C. B. Avaliação de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M. (Coord.). **Gestão de projetos sociais**. São Paulo: AAPCS, 1999. (Col. Gestores Sociais.)

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. ; PINEAULT, R. A. avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação da qualidade de serviços de saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 177-184, 2001.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: ARBOR, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press. 1980. v. 1. p. 3-31.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de Lá Atención Médica**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

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

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história conceitos e instrumentos**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

FACCHINI, L. A. et. al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p. s159-s172, 2008. Suplemento.

FADEL, M. A. V.; REGIS-FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26., 2006, Fortaleza. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2006.

FELISBERTO, E. et. al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 3, p. 339-357, jul./set. 2009.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FONSECA, A. C. F.; CHAVES, S. C. L. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Recife. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líder Livro Editora, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, v, 17, n. 4, p. 647-55, out./dez. 2008.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I-A satisfação do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 623-628, Rio de Janeiro, 1998.

KURGANCT, P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. L. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 539-544, set./out. 2008.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis. UFSC, 2002.

LIMA, R. G. M.; SILVA, G. S.; MENDES, M. F. M. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Recife. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982.

MARCÍLIO, M. L.; RAMOS, E. L. **Ética na virada do milênio: busca do sentido da vida**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: LTr, 1999.

MARUITI, A. M. P et al. A Implantação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade –AMQ– no município de Maringá- Paraná. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Recife. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase: um estudo de caso**. 2002. 184 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

NOGUEIRA, P. N. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4., p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, A. K. P., BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar./abr. 2008.

- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- PISCO, L. U. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.
- PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P.; LUCENA, F. S.; SILVA, J. A. M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009.
- PERTENCE, P. P.; MELEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, 2010.
- SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, set./out. 2003.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.
- SISSON, M. C. Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis. 247 f. 2002. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- SOLOMON, M. R. **Consumer Behavior**: buying, having and being. 3. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1999.
- VAISTMAN J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.
- VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.
- VUORI, H. V. **Quality Assurance of Health Services**. Concepts and Methodology. Copenhagen: WHO, 1982.
- VUORI, H. V. **Strategies for Improving the Quality of Health Care**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz 1988. (mimeo).

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 4, p. 509-516, Feb. 1994.

Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
 MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
 ORIENTADORA: Dr. Maristela Chitto Sisson
 PESQUISADORA: Greice Lessa

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Profissão: _____ Escolaridade: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Função: _____
 Tempo de serviço: _____

Momento de pré-avaliação (gestores e trabalhadores):

- 1- O que você considera que seja avaliação em saúde?
- 2- Você realiza alguma atividade de avaliação em saúde?
- 3- Como você acha que deve ser realizada uma avaliação para a ESF?
- 4- Conhece a política de Avaliação e Monitoramento do Ministério da Saúde?
- 5- Conhece algum instrumento de avaliação?

Momento de pós-avaliação (gestores):

- 1 O quê você considera que seja avaliação em saúde?
- 2 Como você acha que deve ser realizada uma avaliação para a ESF?
- 3 O quê você acha sobre avaliar a ESF através da AMQ? Por quê?
- 4 Qual sua opinião sobre a implantação da AMQ em Orleans?
- 5 Quê efeitos sobre o trabalho em Saúde da Família você avalia que a AMQ traz?
- 6 Qual sua opinião sobre a proposta da AMQ para a ESF?
- 7 Qual sua impressão sobre o AMQ? (Muito satisfeito, Satisfeito, Pouco satisfeito, Insatisfeito, Indiferente).
- 8 Qual aspecto você acha que dificulta e facilita a utilização da AMQ?
- 9 Como você avalia o comprometimento dos profissionais envolvidos na implantação do AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 10 Como você avalia o acesso aos materiais do AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 11 Como você avalia o acesso ao sistema informatizado do AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim

- 12 Como você avalia a importância do AMQ para a ESF?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ORIENTADORA: Dr. Maristela Chitto Sisson
PESQUISADORA: Greice Lessa

ROTEIRO PARA REUNIÃO DE GRUPO FOCAL

- 1 O quê vocês consideram que seja avaliação em saúde?
- 2 Quê benefícios consideraram mais importantes na proposta da AMQ?
- 3 Quê dificuldades consideraram mais importantes na proposta da AMQ?
- 4 Quê efeitos sobre o trabalho em saúde o grupo avalia que a AMQ traz?
- 5 Qual a opinião da equipe sobre a proposta da AMQ para a ESF?
- 6 Como vocês avaliam o AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 7 Como vocês avaliam os cadernos do AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 8 Como vocês avaliam a didática de implantação do AMQ?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 9 Como vocês avaliam a institucionalização do AMQ para avaliar a ESF?
 Ótimo Bom Regular Ruim
- 10 Qual sua impressão sobre o AMQ?
 Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Indiferente

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa apresenta como título: **Percepção de gestores e trabalhadores sobre a ferramenta “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família em Orleans-SC”**.

Tem como objetivo geral: Avaliar a ferramenta Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) do ministério da saúde, implantada no município de Orleans sob a perspectiva dos gestores e trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Você participará diretamente da pesquisa em três momentos distintos: Inicialmente respondendo a uma entrevista com perguntas relacionadas ao tema da pesquisa; em seguida participando de uma oficina de sensibilização para implantação da ferramenta AMQ nas equipes de Saúde da Família de Orleans e após esta implantação, participando de um grupo composto pelos profissionais da equipe, de avaliação da ferramenta.

Enfatizamos que as informações obtidas nesse estudo servirão apenas para execução de uma pesquisa científica tendo em vista que seus dados serão mantidos em total sigilo e serão respeitados os seguintes princípios éticos:

- Esclarecimento de todos os pontos da pesquisa para os participantes;
- Garantia da privacidade, do anonimato dos participantes do estudo e sigilo das informações que não desejem ser divulgadas;
- Desenvolvimento de procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade;

- Garantia aos participantes do estudo para permanecerem ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhes ocasione prejuízos;
- Respeito aos valores culturais, religiosos, sociais, morais e éticos, bem como os hábitos e costumes das pessoas envolvidas.
- Garantia da devolução dos dados ao término da pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar desde estudo permitindo () gravação () fotografia () filmagem () nenhum dos itens, desde que sejam respeitados os aspectos éticos citados.

Desde já agradecemos sua valiosa colaboração para o desenvolvimento deste estudo.

Nome do Pesquisador: MARISTELA CHITTO SISSON

Assinatura:

Nome do Pesquisador: GREICE LESSA

Assinatura:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data:

Nome:

Assinatura do Sujeito ou Responsável:

Telefone para contato:

Pesquisador: MARISTELA CHITTO SISSON

Telefone para contato: (48) 99772038

Pesquisador: GREICE LESSA

Telefone para contato: (48) 88158077

Anexo A – Normas para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

2999

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósito enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/ctingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva.

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo "documento em Word" o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al*. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. **Artigo padrão** (inclua todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibusaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de Adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. 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 União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Otolmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Otolmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI. clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational

Introduction

Ciência & Saúde Coletiva publishes debates and unpublished analyses and research results on **specific themes** considered relevant to the Collective Health field, as well as articles with discussion and analysis on the state of the art in the overall field and its component areas, even when such articles do not focus on the specific issue's central theme. The journal, published monthly, aims to tackle the field's challenges, seek its consolidation, and constantly keep pace with the trends of thought and practices in Collective Health, in dialogue with the contemporary Science and Technology agenda.

The journal *C&SC* adopts the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals** of the International Committee of Medical Journal Editors. The Portuguese language version of which was published in *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. The original document in English is available on various websites in the World Wide Web, such as www.icmje.org; www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. It is recommended that authors read these requirements carefully.

Sections in the publication

Editorial: Responsibility of the Editors. This manuscript should be limited to a maximum 4,000 characters including spaces.

Debate: articles written at the Editors' invitation, focusing on the journal issue's central theme, and receiving signed criticism and comments from up to six experts (also guests), with a subsequent reply by the first author. The article should be limited to a maximum of 40,000 characters, including spaces, while the reviews by the discussants and the author's reply should have a maximum of 10,000 characters each, also, with space.

Theme articles: critical review or the result of empirical, experimental, or conceptual research on the main topic in the theme issue. Research manuscripts should be limited to a maximum of 40,000 characters and review texts should have a maximum of 50,000 characters, both including spaces.

Free theme articles: not included in the theme issue's main content, but focused on research, analyses, and evaluations of a theoretical/methodological or conceptual nature in the Collective Health field and component areas. The maximum article size is the same as for theme articles.

Opinion: manuscript expressing an expert opinion by one or more authors, or interviews with experts on the topic under debate in the issue; limited to a maximum of 20,000 characters, including spaces.

Book reviews: critical analysis of a book related to the issue's thematic field, published during the two previous years, with a maximum of 10,000 characters. The authors should send a high-definition reproduction of the book's cover to the journal Secretariat.

Letters: critique of an article published in a previous issue of the journal or a short note critically describing emerging situations in the thematic field (maximum of 5,000 characters including spaces).

Note: The maximum number of characters includes spaces and both the body of the text and the references; the abstract and illustrations (figures and charts) are tabulated separately.

Submitting manuscripts

1. The originals may be written in Portuguese, Spanish, French, or English. Manuscripts in Portuguese or Spanish should have the title, abstract, and key words in both the original language and English. Manuscripts in French should have the title, abstract, and key words in both the original language and Portuguese. Footnotes and endnotes will not be accepted under any circumstances.

2. Manuscripts should be double-spaced with Times New Roman font, size 12, 2.5 cm margins, in Word format and only submitted via www.cienciaesaudecoletiva.com.br according to the guidelines in the menu Artigos e Avaliação. In doubt, contact the editor (cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Articles submitted may not be reported in another publication or be submitted simultaneously to other journals. Any subsequent reporting of the article in another publication should have the explicit approval of the editors of both journals. The secondary publication should indicate the source of the original publication.

4. Ethical issues pertaining to publication of research on human subjects are the full responsibility of the authors and should comply with the principles contained in the Helsinki Declaration of the World Medical Association (1964, revised in 1975, 1983, 1989, 1989, 1996, and 2000).

5. Manuscripts should be submitted with the respective authorizations to reproduce previously published material, to use illustrations that may identify persons, and to transfer any necessary copyrights and/or rights on other documents.

6. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the exactness and origin of the citations, are the exclusive responsibility of the author(s).

7. Published articles will be the property of *C&SC*, and total or partial reproduction in any medium whether print or electronic, without prior authorization by the journal, is expressly prohibited.

8. Manuscripts are generally (but not necessarily) divided into sections with the titles Introduction, Methods, Results, and Discussion, and sometimes it is necessary to include subtitles in some sections. Section titles and subtitles should not be organized with consecutive numbering, but with graphic resources (capital letters, indentation, etc.).

9. The abstract, with a maximum of 1,400 characters with space (including the key words),

should explain the object, objectives, methodology, theoretical approach, and results of the study or investigation. Immediately below the abstract the author(s) should list a maximum of six key words. We call attention to the importance of clarity and objectivity in drafting the abstract, which is expected to contribute to the reader's interest in the article, as well as the key words, which will aid in the article's multi-indexation.

Authorship

1. The persons (people) designated as authors should have participated in the elaboration of the article in such a way that they can take public responsibility for its content. Qualifying as an author presupposes: a) conception and design or data analysis and interpretation, b) drafting or critically revising the article, and c) final approval of the version to be published.

2. When submitting a manuscript, the individual contribution of each author should be specified in the article's elaboration (e.g., LM Fernandes worked in the design and final draft and CM Guimarães in the research and methodology).

Nomenclatures

1. The rules of biological nomenclature should be strictly observed, as should those of abbreviations and conventions adopted in specialized disciplines.

2. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

3. The complete designation to which an abbreviation refers should accompany its first occurrence in the manuscript, except in the case of standard measurement units.

Illustrations

1. Illustrations in *Ciência & Saúde Coletiva* include **tables** (demonstrative elements such as numbers, measurements, percentages, etc.), **charts** (demonstrative elements with textual information), **graphs** (schematic demonstration of a fact and its variations), **figures** (schematic display of information by means of maps, diagrams, flowcharts, drawings, and photographs). Note that the journal is printed in black and white only, and if illustrations are in color they will be transformed into gray tones.

2. The number of illustrations should not exceed **five** per article, except for systematization articles referring to specific areas of the thematic field, in which case there should be prior negotiation between the editor and author(s).

3. Illustrations should be numbered consecutively in Arabic numerals, with their respective legends and sources, and a brief title should be given to each. All the illustrations should be cited in the text.

4. **Tables** and **charts** should be prepared in the same program used in the article (Word 2003, 2007).

5. **Graphs** should be prepared in Corel Draw or Photoshop and should be sent in opened archive format.

6. Figures (e.g. Maps) should be saved in (or exported to) CDR (Corel Draw) format. This format maintains the vector information, that is, maintain the maps' drawing lines. If it is impossible to save the figures in this format, the files may be sent in the TIFF or BMP formats, which are image formats and do not maintain their vector information, which jeopardizes the quality of the results. If the TIFF or BMP format is used, save at the highest resolution (300 DPI or greater) and in the largest size (longest side = 18cm). The same applies to photographic material. If it is not possible to send the illustrations in digital medium, the original material should be sent in good condition for reproduction.

Acknowledgments

1. When acknowledgments are made, they should come before the references (only in the Word file attached in the site).
2. The authors are responsible for obtaining written authorization from the persons named in the acknowledgments, since readers may infer that such persons subscribe to the data and conclusions.
3. Acknowledgements for technical support should be made in a separate paragraph from those for other types of contributions.

References

1. References should be numbered consecutively by the order in which they are cited in the text. Whenever a reference is by more than two authors, the text should cite only the name of the first author followed by the expression *et al.* In the References section, all authors should be cited.
2. References should be identified by superscript Arabic numerals, according to the following examples: ex. 1: Some researches have proposed that global climate change is likely to have an effect in the future on asthma^{1,2}; ex. 2: Harold Blum's 4 description of a Jewish patient⁴. References cited only in the charts and figures should be numbered beginning (starting) after the number of the last reference cited in the text.
3. Cited references should be listed at the end of the article in numerical order, according to the overall norms of the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>).
4. Names of journals should be abbreviated according to the style used by Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. Names of persons, cities, and countries should be cited in the publication's original language.

Examples of how to list references

Articles in periodicals

1. Standard article (all authors should be included) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Institution as author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284.

3. Without indication of authorship

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Issue as supplement

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Pública* 1993; 9 Supl 1:71-84.

4. Indication of type of text, if necessary

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Books and other monographs

6. Individual as author

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro; FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizer or compiler as author

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Institution as author

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Book chapter

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Abstract in congress proceedings

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Complete papers published in scientific events

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Theses and dissertations

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Other published works

13. Newspaper article

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Audiovisual material

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Legal documents

Brasil. 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 União* 1990; 19 set.

Material in press or unpublished

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Electronic material

16. Article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monograph in electronic format

CDI. Clinical Dermatology Illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Computer program

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.