

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO - COMGRAD
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Maria Luiza Ferreira De Barba

**Enfermagem e gestão da atenção básica: caracterização da atuação dos
profissionais no Rio Grande do Sul**

Porto Alegre

2013

Maria Luiza Ferreira De Barba

Enfermagem e gestão da atenção básica: caracterização da atuação dos
profissionais no Rio Grande do Sul

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado
para obtenção do título de Enfermeiro pela
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla

Porto Alegre

2013



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC GRAD.: 24220

Versão Mês: 04/2013

Pesquisadores: Maria Luiza Ferreira de Barba e Prof. Alcindo Antonio Ferla

Título: ENFERMAGEM E GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO RIO GRANDE
DO SUL

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e considerou que as alterações solicitadas em parecer anterior foram atendidas em sua maioria. Projeto aprovado em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 10 de abril de 2013.

Prof. Dra. Beatriz F. Waldman
Coordenadora COMPESQ/EENFP

Beatriz F. Waldman
Coordenadora COMPESQ
Escola Enfermagem UFRGS

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a participação dos profissionais de enfermagem na gestão da Atenção Básica visando problematizar a contribuição da formação do Enfermeiro no trabalho de gestão. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantiquantitativa. Utilizou-se dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que consistiu na pesquisa em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família no ano de 2012, avaliando no estado do Rio Grande do Sul 67,45% das equipes de saúde. Foram considerados dados referente à infraestrutura e recursos materiais, configuração e atividades das equipes de saúde, e perfil de formação dos coordenadores de equipe. Os resultados demonstraram que 1,3% das unidades possuem a infraestrutura completa preconizada no Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, e 1% possuem todos os materiais de Atenção Básica considerados imprescindíveis. No conjunto dos profissionais pertencentes a equipe mínima preconizada pela PNAB, 64,8% das equipes estão completas. Dos profissionais, 48,3% atuam na mesma equipe há no máximo 1 ano, e 24,6% não possuem pós-graduação. Dentre os que possuem pós-graduação, a área do conhecimento Saúde da Família foi citada em 60,7% das vezes. Dos profissionais entrevistados, 82,8% eram coordenadores da equipe, sendo 97% enfermeiros. Destes, 97,2% realizam reuniões de equipe e 89,4% o planejamento de ações. Muitas equipes ainda atuam sob a lógica hegemônica do trabalho fragmentado, despersonalizado, entretanto, algumas já realizam atividades que constroem a integralidade nas linhas de cuidado e ampliação e melhoria do acesso. Em síntese, é necessária a aproximação da formação de graduação em saúde com as necessidades demandadas pelos locais de atuação profissional, promovendo no profissional a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, permitindo a continuidade do processo de formação profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

Palavras-chave: Atenção Básica; Gestão em Saúde; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the participation of nurses in the management of primary care in order to question the contribution of training for nurses in management work. It is a cross-sectional study approach quantiquitative. We used secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, which consisted of research in Basic Health Units and Family Health Strategy in 2012, assessing the state of Rio Grande do Sul 67.45% health teams. We considered data related to infrastructure and material resources, configuration and team activities, health and education profile of the team coordinators. The results showed that 1.3% of the units have the complete infrastructure recommended in manual physical structure of basic health units, and 1% have all the materials Primary considered essential. In all of the professional staff belonging to the minimum recommended by BANP, 64.8% of the teams are complete. Professionals, 48.3% work in the same team for a maximum of 1 year and 24.6% have no postgraduate. Among those with postgraduate area of knowledge Family Health was cited in 60.7% of the time. Of the professionals surveyed, 82.8% were coordinators of the team, and 97% nurses. Of these, 97.2% held staff meetings and 89.4% planning actions. Many teams still operate under the hegemonic logic of fragmented work, depersonalized, however, already perform some activities that build the full lines of care and expanding and improving access. In summary, it is necessary to approach the undergraduate training in health care with the needs required by local professional practice, promoting the professional competence of intellectual development and self employment and permanent, allowing continuity of training, which does not end with the granting of the undergraduate degree.

Keywords: Primary Care, Health Management; Program Improving Access and Quality of Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Configuração das equipes avaliadas pelo PMAQ.....	23
Figura 2 – Porcentagem de Frequência de Profissionais em equipes de saúde de Atenção Básica avaliadas pelo PMAQ.....	24
Figura 3 - Porcentagem da Frequência de Profissionais em relação à configuração de Equipe de Atenção Básica avaliada pelo PMAQ.....	25
Figura 4 – Perfil do tempo de atuação dos profissionais na mesma equipe de saúde.....	26
Figura 5 – Profissão dos coordenadores das equipes avaliadas pelo PMAQ.....	28
Figura 6 – Áreas de formação de pós-graduação do coordenador enfermeiro.....	29
Figura 7 – Tempo de atuação profissional na equipe do coordenador enfermeiro...	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Porcentagem de frequência de disponibilidade de materiais de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde.....	20
Tabela 2 – Porcentagem de frequência de disponibilidade das vacinas do calendário básico de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde.....	22
Tabela 3 – Atividades de planejamento de ações da equipe avaliadas pelo PMAQ.....	31
Tabela 4 – Organização da agenda compartilhada entre os profissionais das equipes avaliadas pelo PMAQ.....	35
Tabela 5 – Pactuação da agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ.....	36
Tabela 6 – Disponibilidade de vagas na agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 REVISÃO DA LITERATURA	9
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Fontes de dados	16
4.3 Coleta dos dados	17
4.4 Análise dos dados.....	17
4.5 Aspectos éticos.....	18
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	19
5.1 Infraestrutura e Recursos Materiais	19
5.2 Configuração das equipes de saúde	22
5.3 Enfermagem no cenário da Atenção Básica	31
5.4 Trabalho em Equipe no cenário da Atenção Básica.....	33
5.5 Enfermagem na Atenção Básica e as Diretrizes Curriculares Nacionais	38
6 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – Lista de variáveis do Formulário de Avaliação Externa do PMAQ selecionadas para análise.....	47

1 INTRODUÇÃO

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de forma universal, equitativa e integral, primando a qualidade independente do nível de atenção e da complexidade do cuidado. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 define a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso universal e igualitário aos serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012c). No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência de um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012b). Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB assumiu maior relevância na agenda dos gestores do SUS (FERLA, 2011). Ou seja, no momento em que se verifica uma grande expansão da ESF, com expressiva ampliação de serviços e de postos de trabalho, se torna ainda mais relevante o questionamento dos modos como o trabalho se realiza no interior desses serviços e os modos como estes se articulam para oferecer fluxos assistenciais de maior qualidade e resolutividade.

A nova edição da PNAB, publicada no ano de 2011, articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, avançando no reconhecimento de um leque de modelagens de equipes para diferentes populações e de diversos formatos de ESF para induzir a mudança de modelo assistencial (BRASIL, 2012b). Apresenta como uma das suas diretrizes a execução da gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Para reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ),

componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite (BRASIL, 2012b).

O PMAQ foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, sendo produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Em vários momentos, o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que pudesse permitir a qualificação da AB em todo o Brasil (FERLA, 2011).

No escopo do PMAQ, foi proposta uma pesquisa avaliativa produzida por instituições de ensino e pesquisa no conjunto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas equipes de Saúde da Família que aderissem ao Programa. Foi organizado em quatro fases, as quais se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2011). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “recontratualização” (PINTO et al., 2012).

A primeira fase é descrita como etapa formal de adesão ao Programa mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. Esse processo envolve a pactuação regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2011).

A segunda fase é compreendida como a etapa na qual ocorre o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal, com o apoio das gestões estaduais e Ministério da Saúde (PINTO et al., 2012). O intuito dessa etapa é "promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica" (BRASIL, 2011). Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (PINTO et al., 2012).

A terceira fase "consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB" e para reconhecimento e valorização dos esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012a). Essa avaliação resultará em uma certificação que, por sua vez, determinará o percentual do valor do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde (PINTO et al., 2012). Também resultará em uma grande base de dados sobre capacidade instalada, caracterização dos processos de trabalho e das condições de cuidado na AB, assim como em uma rede de instituições e pesquisadores mobilizados em torno de pesquisas avaliativas sobre acesso e qualidade da AB. Esse desdobramento da pesquisa aponta um objetivo estratégico de, ao tempo em que se realiza a avaliação propriamente dita, também se mobilize o envolvimento das instituições de ensino no sentido de que os conhecimentos produzidos sobre a realidade da atenção básica no país e sobre as diversas modelagens que operam na sua organização produzam efeitos também sobre a formação dos profissionais.

A quarta fase consiste no "re-início" do ciclo. Exige um "momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo em que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança" (PINTO et al., 2012). Segundo o programa, a cada ciclo novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das EAB e do alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2011). Com a base de dados construída, assim como com a rede de avaliação, o programa pretende indução de mudanças sustentadas na organização do componente da atenção à saúde, por meio da ampliação de conhecimentos e tecnologias de atenção, de gestão e de formação setorial.

A consolidação e o aprimoramento da AB como importante reorientadores do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde, proporcionando a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012b). Além disso, também se apresentam como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, sendo estes os aspectos associados ao âmbito

das relações entre os sujeitos (MERHY, 2002), bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários.

A PNAB determina atribuições específicas para cada profissional que integra as EAB, as quais, conforme modalidade da equipe, são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e de enfermagem, e agentes comunitários. Algumas das atribuições específicas do profissional enfermeiro são a participação no gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da unidade, planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, e contribuição, participação e realização de atividades de educação permanente da equipe. Em muitas equipes, o enfermeiro assume a função de gerente, tornando-se um importante vetor para essas mudanças.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem dispõem que a formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício profissional. Destaca-se, dentre as competências e habilidades gerais instituídas, a capacidade de administração e gerenciamento, pautada na formação de profissionais aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde, e a capacidade de aprender continuamente e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a das futuras gerações de profissionais (BRASIL, 2001). Dentre as competências e habilidades específicas, atenta-se para a capacidade de compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações, e o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (BRASIL, 2001).

O conjunto dessas capacidades profissionais, assim como as transformações no mercado de trabalho em saúde, desafiam o modelo tradicional de formação, embasado no domínio de técnicas assistenciais, predominantemente adquiridas no ambiente hospitalar. A qualificação da Atenção Básica tornou-se um importante desafio aos gestores do SUS, e a crescente demanda da população em requerer acesso aos serviços de saúde resultam na necessidade de estruturação de novas formas de organizar os processos de trabalho, para que se possa responder a demanda social por serviços de qualidade.

Nesse contexto, a Saúde passa a ser um processo essencial para o desenvolvimento humano, havendo uma maior consciência de sua importância no

desenvolvimento social e econômico (MAGALHÃES e DUARTE, 2004). Segundo Magalhães e Duarte (2004), a Enfermagem, um grupo profissional bastante expressivo, tanto por sua participação em grande parte dos processos de gestão, quanto pelo número de indivíduos, precisa acompanhar essas tendências, para participar da construção de alternativas que respondam aos desafios de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Considerando isso, a pesquisa do PMAQ abordou questões atuais sobre a atuação dos profissionais nos diferentes âmbitos do trabalho, permitindo uma análise sobre diferentes dimensões do trabalho de enfermagem no cotidiano da atenção básica no país.

Nesse contexto, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenadoria da Saúde e da Escola de Enfermagem, participou da coordenação nacional do PMAQ, sendo responsável pela avaliação externa da atenção básica em seis estados do país, assim como a rede científica que se desenvolve em torno do projeto de cooperação entre a universidade e o Ministério da Saúde, chamado Rede Governo Colaborativo em Saúde. Esse envolvimento oportunizou a participação de estudantes, técnicos e professores no PMAQ, produzindo conhecimentos úteis, oportunidades de refletir sobre a formação e possibilidade de protagonismo na configuração de percursos de aprendizagem complementares à formação oferecida nos seus cursos.

Destarte, tornou-se possível e relevante caracterizar a atuação da enfermagem na gestão da Atenção Básica e problematizar as suas contribuições com base nas expectativas registradas à formação nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a participação dos profissionais de enfermagem na gestão da Atenção Básica visando problematizar a contribuição da formação do Enfermeiro no trabalho de gestão.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as Unidades Básicas de Saúde do estado do Rio Grande do Sul em relação ao perfil profissional dos coordenadores e aos recursos materiais e humanos disponíveis nas mesmas;
- Caracterizar o trabalho do profissional Enfermeiro na gestão das Unidades Básicas de Saúde informado no PMAQ;
- Analisar facilidades e dificuldades do trabalho de gestão da Atenção Básica realizado por enfermeiros.
- Analisar as contribuições da formação para o trabalho do Enfermeiro na Atenção Básica, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Constituição Federal do Brasil (CF-88) determina que a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos. O Estado deve garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). No Artigo nº 197 dispõe que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e que estão sob a regulamentação, fiscalização e controle do Estado, sendo sua execução realizada diretamente ou através de terceiros.

Na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o Artigo 4º determina que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde, o qual também pode ser constituído, complementarmente, por serviços privados. No Artigo 5º define como um dos objetivos do SUS a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do que está disposto na Constituição Federal (BRASIL, 1990).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial. A partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação popular.

Observa-se, nesse conjunto de dispositivos legais, um conceito ampliado de saúde como base para a atuação setorial, e uma abrangência maior do sistema de saúde do que o de sistema de serviços de saúde (FERLA e COLS, 2009), as quais impactam, de forma significativa, no trabalho que se desenvolve no interior do sistema de saúde brasileiro. Esse destaque procura acentuar uma questão que será melhor desenvolvida adiante, sobre as capacidades profissionais a serem desempenhadas pelos profissionais do setor e os desafios à formação acadêmica e, mais do que isso, às instituições universitárias. Também demonstra a importância do envolvimento dessas instituições no cotidiano do SUS e, em especial, em projetos de pesquisa avaliativa como o PMAQ, quando, além de contribuir com a experiência

de pesquisa, envolvem atores institucionais e se produzem conhecimentos capazes de impactar, num muito curto espaço de tempo, a formação.

Em conformidade com a CF e a Lei nº 8.080, a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, avançando na afirmação de uma AB acolhedora e resolutiva, que desenvolve a gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes (BRASIL, 2012b). Propõe mudanças nas diretrizes com o objetivo de incentivar os gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida. Além disso, constitui a Saúde da Família (SF) como a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil, recebendo importantes incentivos financeiros, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A SF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Frente à importância do tema qualidade em saúde, em 2011, o Ministério da Saúde propõe na ação "Saúde Mais Perto de Você" o PMAQ como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS (PINTO et al., 2012). O PMAQ almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na AB. O principal objetivo é induzir a qualificação da AB com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Nesse cenário, o PMAQ traz dentre as suas diretrizes envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as EAB e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica, e estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Além disso, desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas EAB quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos

(BRASIL, 2011). Segundo o Ministro da Saúde, a satisfação da população com os serviços oferecidos pelas UBS será um importante indicador para a definição dos repasses financeiros realizados aos municípios (FERLA, 2011).

O uso da avaliação em saúde como ferramenta de gestão, mas também para a produção de conhecimentos para orientar a prática profissional tem as suas raízes históricas na Grécia Antiga, com os filósofos clássicos que se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na arte médica. Platão, em alguns de seus discursos, apontava para conceitos de excelência e destacava a importância das comparações destes produtos entre si e principalmente com o que era considerado padrão para tal (NOGUEIRA, 1994). No Brasil, principalmente a partir da Segunda Guerra Mundial, o Estado brasileiro passou a interferir nas ações políticas e sociais, avaliando programas e políticas públicas. Na época, economistas desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos desses programas, predominando a visão de racionalização econômica, com ênfase no uso e desenvolvimento de métodos funcionais e quantitativos para encontrar um procedimento eficaz e eficiente com baixo custo. Com o enfoque predominante dessas análises sendo a eficiência econômica, os aspectos de acesso e qualidade ficavam francamente secundários.

A qualidade da atenção na área da saúde vem sendo discutida, pelo menos, desde a década de 30 por alguns autores. A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil somente no final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (FERLA, 2011). Com isso, avaliação realizada pelos usuários do atendimento e serviços oferecidos, ganhou grande relevância para SUS. Esse crescente interesse levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção a saúde (STARFIELD, 2002). O destaque à atenção básica como porta de entrada e proposta de reestruturação tecnoassistencial do sistema de serviços de saúde foi também o fio condutor para absorver, nesse âmbito do sistema, a prática avaliativa buscando indicadores de qualidade.

No âmbito da gestão pública que se estrutura em programas governamentais orientados por resultados, é cada vez maior a exigência de pluralidade de abordagens e atores, demandando a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final (HARTZ, 2009). A avaliação da qualidade dos

serviços permite repensar e aprimorar as práticas profissionais, tanto técnicas quanto de gestão, através da comparação com os padrões instituídos, possibilitando a identificação de dificuldades e desempenho que produzam impacto sobre a saúde e bem-estar da população.

No Brasil, o desenvolvimento do SUS, especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão. Essas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, frequentemente se esbarra em carências humanas e materiais, e na novidade do tema da gestão no âmbito do SUS, com enfoque ampliado em relação às abordagens administrativistas que geralmente a reduzem à administração de recursos físicos, financeiros, tecnológicos e de pessoal. Para os municípios de grande porte, as demandas do desenvolvimento de capacidades institucionais para a gestão do acesso e da qualidade são ainda mais significativas, devido à responsabilidade não apenas de prestar serviços a numerosos contingentes populacionais, mas também de executar ações de saúde de diferentes graus de densidade tecnológica e complexidade assistencial, situação que implica na implementação de diversas redes especializadas e, de acordo com a política atual, coordenadas pela AB (FERLA, 2011).

A análise dos processos de gestão é relevante para a identificação de quais tecnologias estão sendo, de fato, construídas e implementadas nesses espaços e a efetiva capacidade das mesmas, para garantir a expressão dos diferentes interesses dos diversos atores, e das heterogêneas realidades dos seus territórios (BARRIOS, 2009). Para Merhy (2002), o conceito de tecnologias inclui certos saberes que são constituídos para produzir produtos singulares, como também para organizar as ações humanas nos processos produtivos.

Merhy e Franco (2003), ao analisarem modelagens tecnoassistenciais em saúde, afirmam que por meio do jogo de pressão e disputas, cria-se uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos, fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses. Ferla e Oliveira (2008, apud BARRIOS, 2009) salientam o processo de

privilegiamento e submissão da medicina científica ao caráter biológico e, portanto aos procedimentos e utilização de tecnologias hegemônicas médicas. Seus desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferindo nas relações sociais, políticas e econômicas capazes de produzirem mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento.

No escopo da Saúde da Família, a modificação desses processo são importantes para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b). Atuando na lógica de reorganização do modelo assistencial, a composição das equipes de SF é multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipes de SF. Pode-se acrescentar a esta composição, quando dispendo de Saúde Bucal, um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012b).

As atribuições específicas de cada profissional da equipe são estabelecidas pela PNAB, a qual define que o profissional enfermeiro seja o coordenador das ações desenvolvidas pelos ACS e pela equipe de enfermagem. Segundo Cotta et al. (2006) e Jonas et al. (2011), está ocorrendo uma crescente apropriação dos cargos de gerência e coordenação das USF pelos profissionais enfermeiros, os quais agregam as suas funções específicas uma série de atividades exigidas pelo cargo de coordenação. Ainda segundo Jonas et al. (2011), isso ocorre pela inserção histórica desse profissional na organização dos serviços.

A realização dessas atividades gerencias somadas as funções assistenciais específicas de enfermeiro vem sendo ponto de discussão para sua atuação na AB (WEIRICH et al, 2009). O enfermeiro enquanto coordenador da Equipes de SF, assume demandas que estão envolvidas na dinâmica e no funcionamento do serviço, exercendo papel fundamental no desenvolvimento dos processos de trabalho e atenção à saúde. Segundo Weirich (2009), o enfermeiro enquanto coordenador de USF utiliza a maior parte do seu tempo de um dia de trabalho em atividades essencialmente gerenciais.

Segundo Kurcgant (2011), desde os primórdios da enfermagem moderna, a associação das práticas administrativas e gerenciais são empregadas na formação e no escopo das ações do profissional de enfermagem. Dentre os diversos profissionais que compõem as equipes de SF, o enfermeiro é o que demonstra maior afinidade com os processos de coordenação. No entanto, para que desenvolva essa atividade com maior eficiência, é importante que realize a interface com os processos de trabalho, os usuários, o serviço, o território e as redes de atenção, e com a educação permanente .

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem defendem a formação de profissionais com capacidade de promover a integralidade do cuidado; tomada de decisões visando o uso apropriado de recursos, eficácia e custo-efetividade, avaliando e sistematizando as condutas mais adequadas; liderança, visando o bem-estar da comunidade, pautada na comunicação, responsabilidade, compromisso, empatia e gerenciamento de forma eficaz e efetiva; planejamento, implementação e participação dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de saúde; e desenvolvimento, participação e aplicação de pesquisas ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional (BRASIL, 2001). Somado a isso, dispõem que o profissional deve "aprender a aprender", valorizando o cotidiano do trabalho em equipe e da atuação multiprofissional.

Com base nesse cenário, somado a necessidade de profissionais com qualificação para compreensão e intervenção intersetorial para promoção da saúde com qualidade de vida, Ceccim (2004) propõe o conceito "Quadrilátero de formação", pelo qual ocorre o encontro da saúde com a educação. O quadrilátero envolve a evidência de correlação das práticas de ensino com as de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou profissionais, colocando em "cheque" a formação orientada para a concepção pedagógica centrada em critérios biologicistas e que dissocia clínica e política. A atenção integral à saúde não corresponde às tecnologias biocientíficas, mas ao domínio dos fatores de condicionamento dos estudos de saúde e às chances de intervenção oportuna e adequada sobre os mesmos.

As ações resultantes do Movimento Sanitário somada a integralidade na atenção e à participação da sociedade na tomada de decisão sobre os rumos do

setor saúde, fortaleceu a percepção de insuficiência no ensino das profissões, a qual sofre influencia das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, e da disputa pelos imaginários profissionais promovidos pelo conflito de posição em estruturas de poder no trabalho (CECCIM e FERLA, 2009). Segundo Foucault (1988, apud CECCIM e FERLA, 2009), é necessário problematizar o cotidiano, propondo perguntas ao invés de respostas, sendo da natureza do fazer educacional pensar problemáticamente, analisar, não os comportamentos, nem as ideias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto se fixam regras de conduta quanto procuram modificar-se em seu singular.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa. Estudos transversais são utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde. Produzem "instantâneos" da situação de saúde e uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde, além de determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado (SITTA, 2010). Para este trabalho, optou-se pelo delineamento transversal, a partir de dados secundários da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do censo das condições de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

A abordagem quantitativa possibilita que aspectos gerais do fenômeno avaliado sejam observados, permitindo a generalização pela representatividade (TANAKA; MELO, 2004). A abordagem qualitativa possibilita a descrição de um fenômeno, realizando de forma sistemática uma síntese da situação estudada. Nessa abordagem, o processo de pesquisa inicia-se com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem foco para o estudo sem esvaziar prematuramente aspectos da experiência que possam ser julgados importantes ou relevantes (DRIESSNACK, 2007a).

Os métodos mistos de pesquisa prometem novos insight e perspectiva de entendimento dos fenômenos na pesquisa de enfermagem. O uso de mais de um método oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde (DRIESSNACK, 2007b).

4.2 Fontes de dados

O território em análise foi o estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se dados secundários originados da base de dados da chamada terceira etapa do Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que consistiu na pesquisa em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família no ano de 2012. Essa base de dados é composta por dados numéricos, originados das questões objetivas do questionário de Avaliação Externa da terceira etapa do PMAQ, e por informações em formato de texto produzidas pelas respostas às questões descritivas.

Essa base de dados é de domínio público, podendo ser acessada diretamente no ambiente virtual do PMAQ no site do Ministério da Saúde do Brasil.

4.3 Coleta dos dados

Considerou-se para coleta de dados na base já apresentada anteriormente, as informações sobre a composição da equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde, e os dados referentes aos indicadores de desempenho e monitoramento. No caso das UBS coordenadas por enfermeiro, também utilizou-se as respostas relativas à caracterização do seu trabalho no cotidiano que sejam úteis para refletir sobre capacidades profissionais relativas à gestão (APÊNDICE A).

4.4 Análise dos dados

Os dados numéricos foram analisados através de método estatístico descritivo, utilizando-se o software SPSS 17.0. Os dados em formato de texto foram analisados por seu conteúdo, categorizando-os de acordo com núcleos temáticos presentes nas respostas pré-sistematizadas pelo banco de dados. Segundo Minayo (2008), na análise temática, os dados são analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual será classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

A análise de conteúdo tem sido muito utilizada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais. Segundo Berg (1998) e Sarantakos (1993), possui elementos da abordagem quantitativa e da qualitativa, pois a contagem da

manifestação dos elementos textuais que emerge do primeiro estágio da análise de conteúdo servirá apenas para a organização e sistematização dos dados, enquanto as fases analíticas posteriores permitirão que o pesquisador apreenda a visão social de mundo por parte dos sujeitos, autores do material textual em análise.

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo gerado pela análise de conteúdo é organizado em três etapas, as quais são realizadas em conformidade com três polos cronológicos diferentes. De acordo com Bardin (1979) e Minayo (2008), essas etapas compreendem:

a) pré-análise: fase em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final.

b) exploração do material: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto.

c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. A partir desse momento, propõe-se as inferências e realiza-se as interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica-se novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo integra o Projeto de pesquisa "Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob matrícula nº 21904.

Os dados utilizados foram retirados de bases secundárias, de domínio público. Respeitou-se as normas de formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigentes no ano de 2012.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No estado Rio Grande do Sul, 786 equipes aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, correspondendo a 67,45% das equipes de saúde existentes no estado. Os dados a seguir foram discutidos através da análise de conteúdo realizada a partir dos núcleos temáticos encontrados nas respostas do questionário de Avaliação Externa do PMAQ. Foram criadas quatro categorias: Infraestrutura e recursos materiais, configuração das equipes de saúde, enfermagem no cenário da atenção básica, e trabalho em equipe no cenário da atenção básica.

5.1 Infraestrutura e Recursos Materiais

Para análise de infraestrutura e recursos materiais, foram utilizados 769 questionários, devido a insuficiência de dados estatísticos válidos em alguns formulários.

O Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), definem que a infraestrutura mínima para uma UBS deve ser composta de consultório clínico, farmácia, recepção, sala de acolhimento, sala de curativo, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado, sala de estocagem de medicamentos, sala de lavagem/descontaminação, sala de nebulização, sala de observação, sala de procedimento, sala de reunião e atividades educativas, sala de vacina. Das unidades avaliadas pelo PMAQ, apenas 1,3% possuem essa infraestrutura completa.

Segundo a literatura, dentre os fatores que restringem o acesso encontra-se a falta de espaço físico adequado para atender as demandas da comunidade. No entanto, o vínculo usuário-serviço desenvolvido entre os profissionais da equipe e a comunidade, fundamentado no princípio da integralidade do cuidado, buscando absorver as necessidades de cada usuário, sejam elas físicas ou culturais, otimiza o processo da assistência, e conseqüentemente favorece o acesso.

Em relação aos materiais de Atenção Básica, foram avaliados pelo PMAQ vinte e nove itens. Desses, selecionou-se os vinte itens considerados imprescindíveis pelo Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006). A tabela a seguir, apresenta os materiais de Atenção Básica avaliados.

Tabela 1 - Porcentagem de frequência de disponibilidade de materiais de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde.

Materiais	% (n=769)
Aparelho de pressão adulto	100
Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	57,5
Aparelho de nebulização	93,4
Ar-condicionado para sala de vacina	67,0
Autoclave	86,0
Balança antropométrica de 150 kg	75,4
Balança infantil	98,3
Régua antropométrica	87,9
Estetoscópio adulto	99,9
Estetoscópio pediátrico ou neonatal	52,8
Foco de luz para exame ginecológico	98,0
Geladeira exclusiva para vacina	90,4
Glicosímetro	98,3
Lanterna clínica	55,5
Mesa para exame ginecológico com perneira	98,7
Mesa para exame clínico	97,7
Sonar ou estetoscópio de Pinard	93,9
Termômetro clínico	99,0
Termômetro de máxima e mínima	64,2

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Conforme descrito na Tabela 1, os materiais mais frequentes nas UBS foram "aparelho de pressão adulto", "estetoscópio adulto" e "termômetro clínico". No conjunto de materiais apresentados na Tabela 1, apenas 1% das unidades avaliadas

pelo PMAQ possuem todos disponíveis¹. Esse dado demonstra a importância da clínica para o desenvolvimento da Atenção Básica, visto que mesmo com a falta de recursos materiais, os profissionais conseguem suprir a demanda dos usuários.

Considerando-se os insumos para atenção básica preconizados no PMAQ (abaixador de língua; agulhas descartáveis de diversos tamanhos; ataduras; caixas térmicas para vacinas; EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas –; espéculo descartável; equipo de soro macrogotas/microgotas; escovinha endocervical, espátula de ayres; esparadrapo/fita micropore; fita métrica; fixador de lâmina; gaze; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; tiras reagentes de medida de glicemia capilar; seringas descartáveis de diversos tamanhos; seringas descartáveis com agulha acoplada; recipientes duros para descarte de perfurocortantes), apenas 26,4% das UBS referem ter todos sempre² disponíveis. Em relação aos insumos impressos (cadernetas de Atenção Básica³, fichas do SIAB⁴, fichas de notificação e atendimento⁵), apenas 9,1% das UBS referem ter todos sempre disponíveis.

O cenário apresentado no parágrafo anterior, assemelha-se a situação em que se encontra a disponibilidade das vacinas pertencentes ao Calendário Básico de Vacinação, definido pela Política Nacional de Imunizações (PNI).

Na tabela abaixo, apresenta-se a disponibilidade das vacinas pertencentes ao Calendário Básico de Vacinação.

¹ No conjunto de materiais preconizados pelo PMAQ, nenhuma das equipes possui todos os materiais disponíveis.

² No questionário do PMAQ, as respostas para esta variável estavam pré-sistematizadas em "sempre disponível", "às vezes disponível" e "nunca disponível".

³ Caderneta da gestante, da saúde da criança, da saúde da pessoa idosa, do adolescente, cartão de vacinação.

⁴ Ficha A, B-GES, B-HÁ, B-DIA, B-TB, B-Has, C, D, SSA2, PMA2.

⁵ Fichas de notificação e investigação de agravos do SINAN, Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO), Ficha de atendimento pré-natal.

Tabela 2 - Porcentagem de frequência de disponibilidade das vacinas do calendário básico de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde.

Vacinas	% (n=769)
BCG-ID	66,4
Dupla tipo adulto – Dt	83,9
Febre amarela	73,3
Influenza sazonal	33,2
Hepatite B	85,2
Meningocócica C	83,0
Pneumocócica 23 valente	16,4
Poliomielite	84,1
Pneumocócica 10	79,8
Tríplice viral	70,6
Tríplice bacteriana	82,2
Tetraivalente	64,0
Vacina oral de rotavírus humano	83,7

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados da Tabela 2 demonstram que as vacinas mais disponíveis nas UBS avaliadas pelo PMAQ são "Hepatite B", "Poliomielite", "Vacina oral de rotavírus humano" e "Dupla tipo adulto – dT". No conjunto de todas as vacinas do calendário básico, apenas 4,6% das UBS têm disponível sempre todas as vacinas. Para análise desse dado, deve-se considerar a existência de diferentes perfis epidemiológicos no estado do Rio Grande do Sul. No entanto, chama atenção à necessidade de qualificação das ações preconizadas pela Política Nacional de Imunização.

5.2 Configuração das equipes de saúde

A PNAB considera a Estratégia de Saúde da Família como reorientadora do modelo de Atenção Básica no país. Dessa forma, o PMAQ teve um maior enfoque nas equipes que atuam nesse modelo.

No formulário de Avaliação Externa do PMAQ foram pré-sistematizadas cinco categorias de configuração das equipes de saúde, sendo elas Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, Estratégia de Saúde da Família sem Saúde Bucal, Equipe de Atenção Básica com Saúde Bucal, Equipe de Atenção Básica sem Saúde Bucal e Outra. Na figura a seguir apresenta-se a configuração das equipes que foram avaliadas pelo PMAQ.

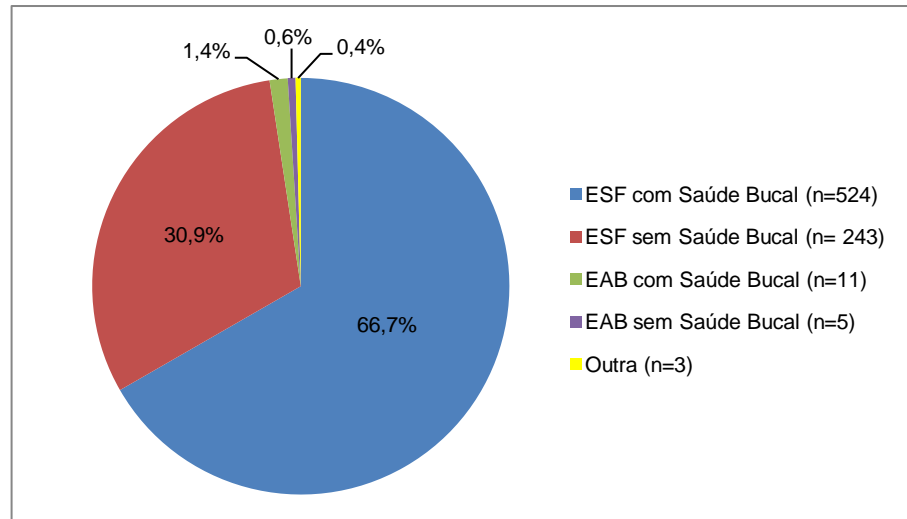


Figura 1 – Configuração das equipes avaliadas pelo PMAQ (n=786).

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Conforme representado na Figura 1, a maioria das equipes avaliadas apresentam a configuração de ESF. Devido a expansão da Saúde Bucal e a inclusão desses profissionais na equipe mínima preconizada pela PNAB, não é surpresa que a grande maioria das equipes, 66,7%, sejam ESF com Saúde Bucal. A figura a seguir apresenta a frequência de profissionais preconizados pela PNAB como equipe mínima de Atenção Básica, no conjunto das equipes de saúde avaliadas pelo PMAQ.

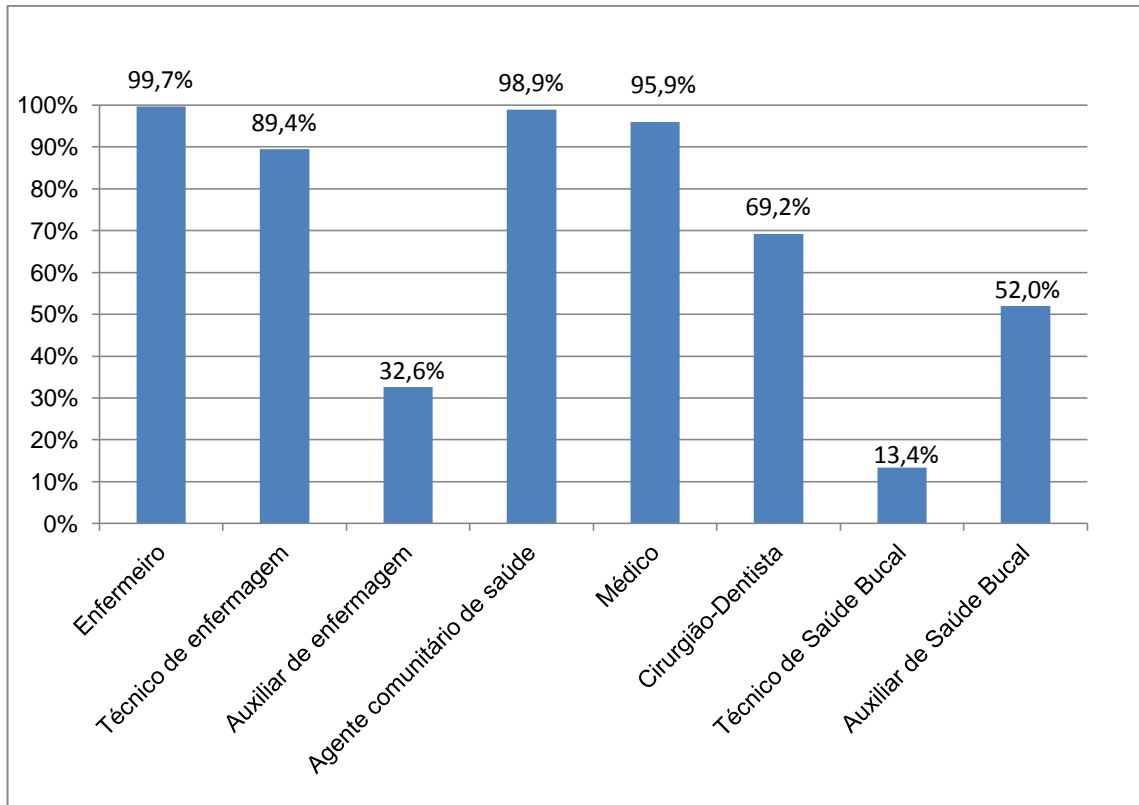


Figura 2 – Porcentagem de Frequência de Profissionais em equipes de saúde de Atenção Básica avaliadas pelo PMAQ.

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

A Figura 2 demonstra que o profissional enfermeiro está presente em quase todas as equipes de saúde avaliadas pelo PMAQ. Também encontram-se na maioria das equipes os profissionais agente comunitário de saúde (98,9%) e médico (95,9%). No conjunto de todos os profissionais pertencentes a equipe mínima preconizada pela PNAB, apenas 64,8% estão completas. Sabe-se que esse fato está relacionado a diversos fatores, porém, nesse estudo optou-se por questionar necessidade de incentivar a reflexão sobre a organização do trabalho e as características profissionais que o realizam.

Devido à disparidade entre o número de modelos de configuração de equipe encontrados, fica difícil traçar um paralelo e realizar comparações entre os mesmos. No entanto, optou-se por demonstrar na figura abaixo a frequência dos profissionais destacando-se as modalidades de Estratégia de Saúde da Família com e sem Saúde Bucal e as Equipes de Atenção Básica.

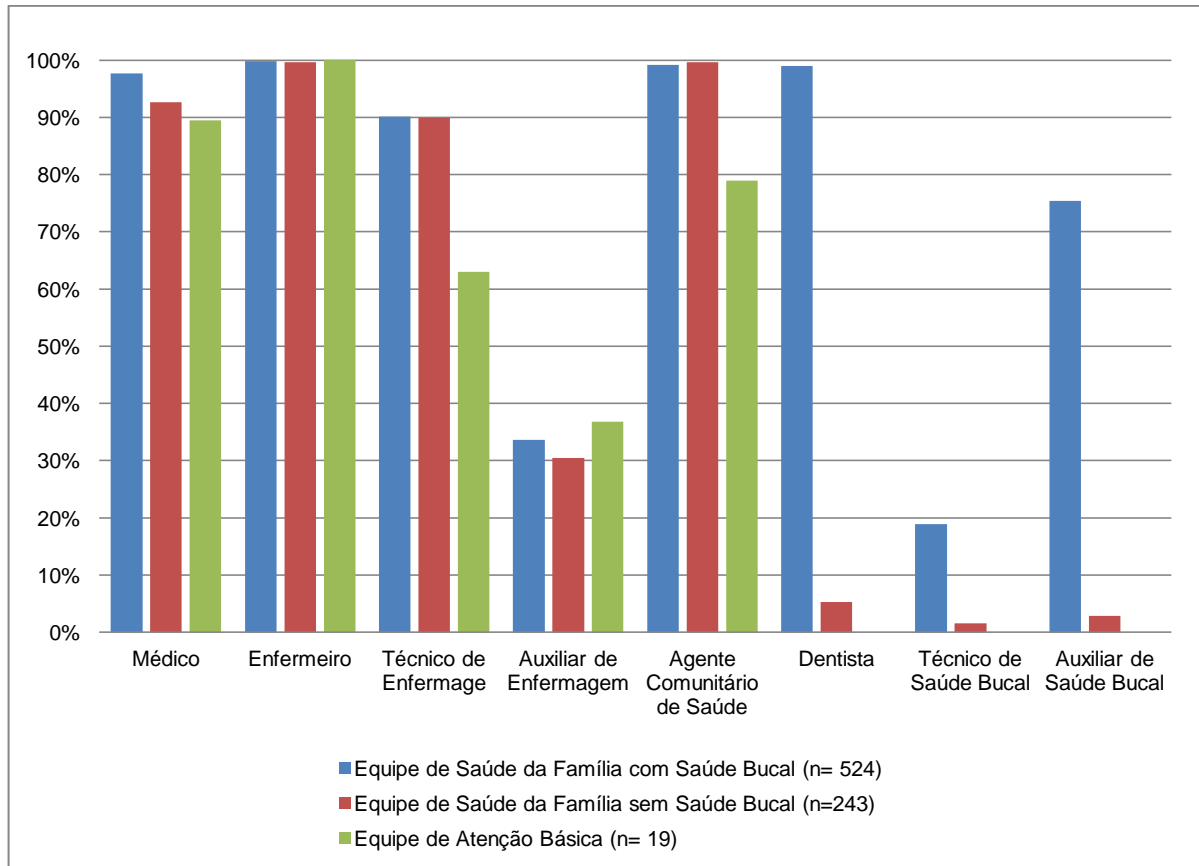


Figura 3 - Porcentagem da Frequência de Profissionais em relação à configuração de Equipe de Atenção Básica avaliada pelo PMAQ.

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados da Figura 3 demonstram que a maior frequência de profissionais que compõe a equipe mínima preconizada pela PNAB, encontra-se nas equipes do modelo de ESF. Percebe-se também a existência de profissionais de Saúde Bucal em equipes com a configuração de ESF sem Saúde Bucal. Isso provavelmente ocorre porque os profissionais já são incorporados às equipes antes da gestão alterar o modelo de configuração da equipe no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A figura a seguir apresenta o tempo de atuação dos profissionais⁶ na mesma equipe de saúde. Utilizou-se quatro categorias para realizar a análise dos dados: menos de 1 ano⁷, 1 ano⁸, mais de 1 ano a 10 anos, mais de 10 anos. Os períodos

⁶ Os dados apresentados são referentes as respostas dos profissionais que responderam ao formulário de Avaliação Externa do PMAQ.

⁷ Categoria pré-determinada pelo formulário de Avaliação Externa do PMAQ.

⁸ Categoria pré-determinada pelo formulário de Avaliação Externa do PMAQ.

foram determinados respeitando-se as modificações que ocorreram na Política Nacional de Atenção Básica.

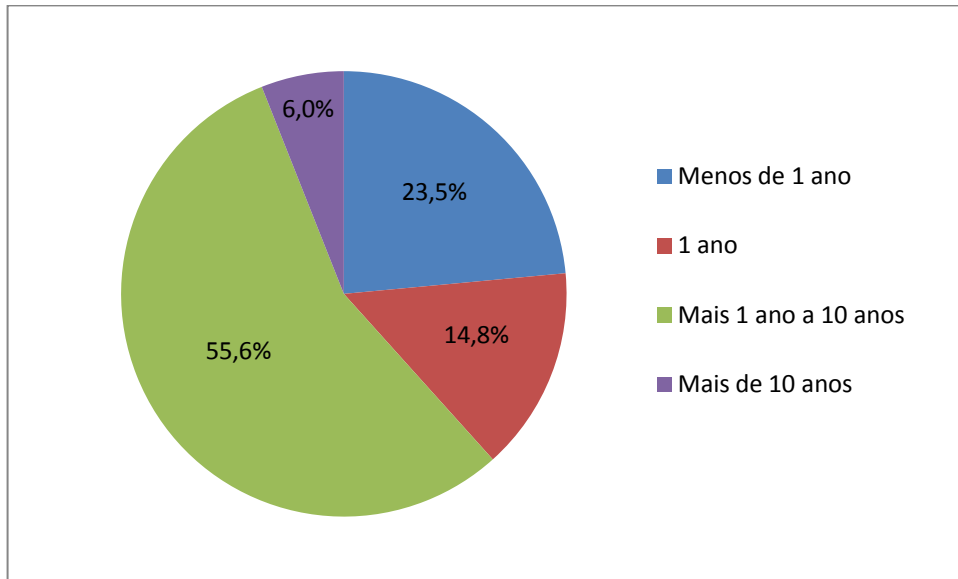


Figura 4 – Perfil do tempo de atuação dos profissionais na mesma equipe de saúde (n=786).
Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados apresentados na Figura 4 demonstram que 48,3% dos profissionais atuam na equipe de saúde há no máximo 1 ano. Esses dados podem ser compreendidos a partir da expansão da ESF no Rio Grande do Sul, a qual teve um crescimento importante nos últimos três anos⁹. Seria interessante, neste ponto, explorar mais a natureza dos vínculos desses trabalhadores, visto que, com frequência são mediados por organizações privadas, como associações e empresas. Porém, nesse estudo, optou-se por fortalecer as associações com o contexto da formação desses profissionais, visto que a análise dessa etapa é objeto do estudo. Para tanto, será apresentado, nos parágrafos seguintes, o perfil de formação em pós-graduação dos profissionais pesquisados.

No formulário de Avaliação Externa do PMAQ, foram pré-estabelecidos três perfis de formação de pós-graduação¹⁰, sendo eles Saúde da Família, Saúde Pública/Coletiva e Outra área específica. Quando questionados em relação a formação, 24,6% dos profissionais entrevistados responderam que não possuem pós-graduação. Dentre os profissionais que responderam que possuem, podendo

⁹ Dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

¹⁰ Para análise dessa variável, foram agrupados os diferentes tipos de pós-graduação especificados no formulário de Avaliação Externa do PMAQ: Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado.

estes apresentar mais de um tipo e em diferentes áreas do conhecimento, Saúde da Família foi citada em 60,7% das vezes, Saúde Pública/Coletiva em 35,4% e Outra área específica em 48,2%.

A associação entre o tempo de atuação na equipe e o perfil de formação de pós-graduação constitui um destaque importante para o ensino de graduação. O ingresso no mundo do trabalho, no caso na atenção básica e, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família, tende a ser precoce e, como apresentado nos dados acima, com inserção recente nas equipes. Esta tendência também se reproduz no perfil e formação dos coordenadores de equipe.

Partindo do pressuposto de que a formação em Saúde da Família e Saúde Coletiva poderia dar um maior suporte aos profissionais recém egressos do ensino superior, chama-se atenção aqueles profissionais que não possuem pós-graduação ou que possuem em outra área. Isto porque se sabe que o trabalho especializado nas áreas profissionais clássicas pouco agrega no cotidiano da Atenção Básica, em particular com a expectativa de um cuidado integral e, portanto, articulado ao contexto em que vivem e trabalham as pessoas que procuram os serviços. Sobre esse tema, tem-se a soma quase um quarto (24%) dos profissionais que contam apenas com a graduação. Sabemos que as diretrizes curriculares da graduação preconizam muito mais o saber tecnicista, voltado a tecnologias duras (MERHY, 1997; 2002), em detrimento das tecnologias leve-duras e leves, geralmente sensibilizadas nas formações da área da Saúde Coletiva/Pública e Saúde da Família. Estas buscam (ou deveriam buscar) um saber contra-hegemônico das práticas em saúde, através de uma visão voltada à complexidade envolvida na produção de saúde, que vai além dos saberes especializados.

Voltando a atenção para um de nossos objetivos de pesquisa, que é caracterizar o perfil profissional dos coordenadores das UBS, percebe-se que nesta avaliação do PMAQ, do total de entrevistados 82,8% eram coordenadores, correspondendo a um número absoluto de 651 profissionais que agregam a função de coordenadores de equipe.

A figura a seguir apresenta a profissão dos profissionais que agregam a função de coordenação às suas atividades.

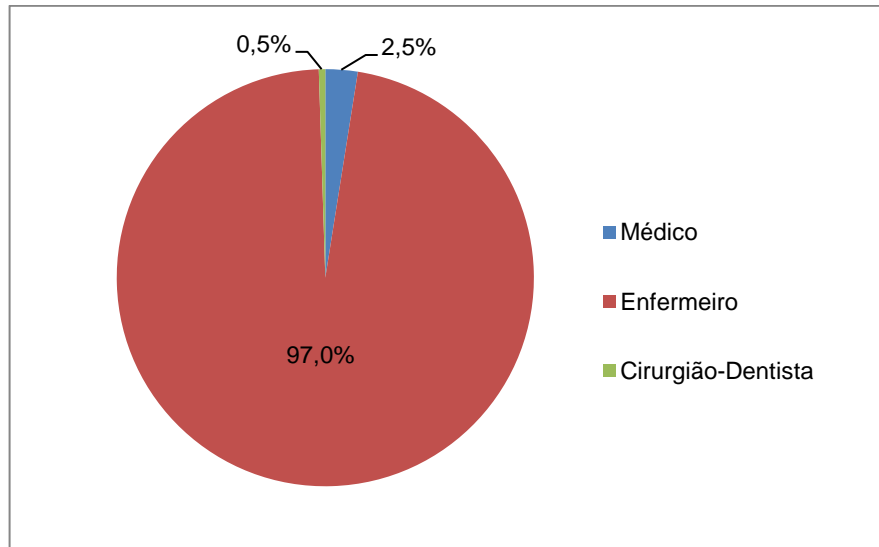


Figura 5 – Profissão dos coordenadores das equipes avaliadas pelo PMAQ.

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados da Figura 5 demonstram que a maioria das equipes de saúde é coordenada por profissionais enfermeiros. Esses achados seguem tendência de dados descritos na literatura, conforme estudos realizados por Cotta (2006) e Jonas (2011). Essa tendência nos fala diretamente da profissão e da capacidade profissional para a Saúde da Família, que deveria ser desenvolvida na graduação da enfermagem e nas ofertas de formação complementar.

Em relação à formação de pós-graduação¹¹ do coordenador, 81,3% dos coordenadores possuem pós-graduação. Desses, 49,9% em Saúde da Família, 28,6% em Saúde Pública/Coletiva e 39,2% em outra área¹². Devido ao pequeno número de coordenadores médicos e cirurgiões-dentistas, não foi possível analisar de forma fidedigna a formação de pós-graduação desses profissionais. Em relação ao coordenador enfermeiro, 16,3% não possuem pós-graduação. A figura a seguir apresenta as áreas de formação de 83,7% dos coordenadores enfermeiros que responderam ter algum tipo de pós-graduação.

¹¹ Considerou-se para essa análise Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado. Assim, houveram casos em que o entrevistado possuía mais de uma área de pós-graduação.

¹² Categorias pré-determinadas pelo formulário de Avaliação Externa do PMAQ.

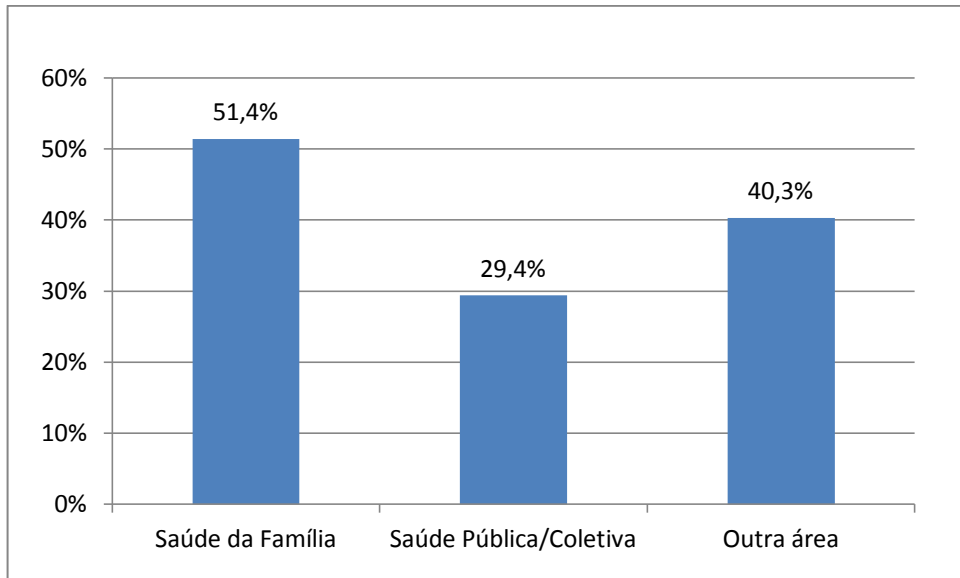


Figura 6 – Áreas de formação de pós-graduação do coordenador enfermeiro (n=529).

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

A Figura 6 demonstra que as áreas do conhecimento cujos conteúdos temáticos proporcionam maior aproximação com a organização do sistema de saúde e dos serviços de saúde da atenção básica são a Saúde da Família e a Saúde Pública/Coletiva, sendo elas as mais citadas pelos profissionais. Considerando que a oferta de vagas para a formação nessas áreas é também recente, pode-se considerar que as capacidades profissionais desenvolvidas pelos cursos nessas áreas é um atributo associado, de alguma forma, à assunção de cargos de direção.

Quando questionados em relação ao tempo de atuação profissional na mesma equipe, mais da metade respondeu atuar há mais de 1 ano até 10 anos. A figura a seguir apresenta o tempo de atuação profissional na equipe do coordenador enfermeiro.

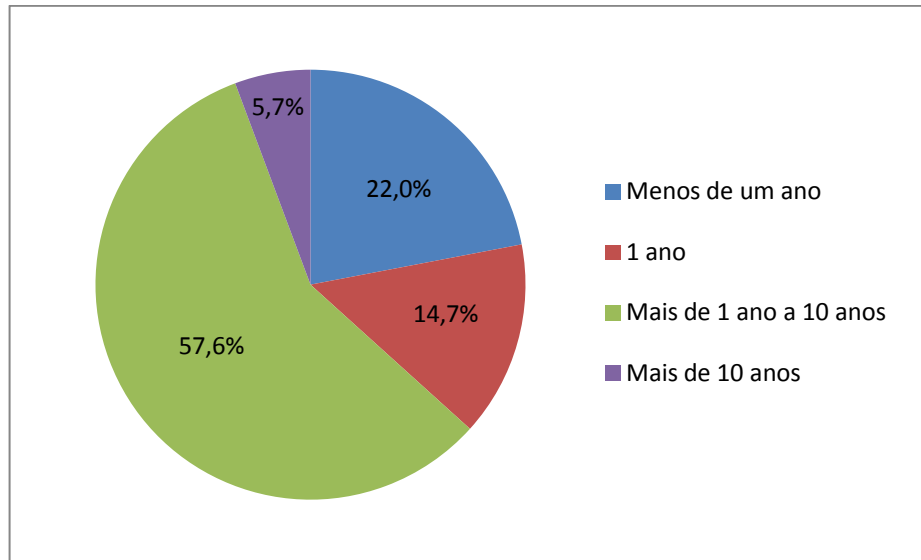


Figura 7 – Tempo de atuação profissional na equipe do coordenador enfermeiro.

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados apresentados na Figura 7 demonstram que aproximadamente 37% dos coordenadores enfermeiros atuam na mesma equipe há no máximo 1 ano. A associação deste dado com o perfil de pós-graduação do coordenador enfermeiro (Figura 6), segue em conformidade com as proposições realizadas anteriormente na discussão dos dados do tempo de atuação dos profissionais nas equipes (Figura 4) em associação ao perfil de pós-graduação dos mesmos.

Com base nesses dados, a interrogação proposta é se a graduação tem a capacidade de desenvolver habilidades profissionais para a atuação imediata no mundo do trabalho, em uma modelo de organização do processo de trabalho no qual se tem a expectativa da produção de inovações e transformações do cotidiano, como é o caso da Saúde da Família.

Além da educação formal, a existência de iniciativas de educação permanente em saúde, aproveitando-se inclusive as diferentes experiências profissionais da equipe, poderia representar um bom mediador para essa situação. Essas questões também foram verificadas no estudo do PMAQ, mas não são objeto da análise nesse estudo. Afirmações mais enfáticas nesse sentido não têm sustentação empírica no estudo atual, sugerindo-se a realização de novos estudos que possam ocupar-se dessas proposições.

5.3 Enfermagem no cenário da Atenção Básica

No elenco de atividades de "planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe" avaliadas pelo PMAQ, 97,2% dos enfermeiros coordenadores realizam reuniões de equipe, dos quais 61,6% semanalmente; e 89,4% realizaram, nos últimos 12 meses¹³, atividades de planejamento de ações da equipe. A tabela a seguir apresenta as atividades de planejamento de ações avaliadas.

Tabela 3 – Atividades de planejamento de ações da equipe avaliadas pelo PMAQ

Atividades de planejamento de ações da equipe	% (n=565)
Levantamento de problemas	91,9
Elencar prioridades	92,4
Estabelecer plano de ação	85,3
Definição de planos e metas para acompanhamento do plano de ação	70,3

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados da Tabela 3 demonstram que das equipes que realizaram planejamento de ações, as atividades mais desenvolvidas foram "levantamento de problemas" e "elencar prioridades". Através da medida de frequência das variáveis agrupadas, obteve-se que em 65,8% das equipes são realizadas todas as atividades, 31,5% realizam apenas algum dos quatro itens descritos e 2,7% não realizam nenhum. No conjunto das atividades, dentre as equipes que realizam apenas algumas, a mais frequente foi, em 54,3% das equipes, "elencar prioridades".

Considerando-se o processo de autoavaliação realizado pela equipe, 81,5% realizou esse processo nos últimos seis meses¹⁴. Dessas, em 93% das equipes os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe; em 93,3% a gestão apoiou o processo de autoavaliação; e em 95,3% a gestão apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ. Em relação ao monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde, 76,8%

¹³ Período de avaliação pré-determinado pelo PMAQ.

¹⁴ Período de avaliação pré-determinado pelo PMAQ.

das equipes realiza essa atividade, sendo que dessas, 61,4% recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB.

Os dados acima apresentados possibilitam questionamentos referente às tendências gerenciais seguidas pelo profissional enfermeiro. Na literatura Magalhães e Duarte (2004) refletem sobre como as novas tendências gerenciais influenciam a organização do trabalho da Enfermagem no serviço de Saúde e as estratégias dos enfermeiros gerentes para superar os desafios da profissão, tendo em vista o contexto social em transformação. Em geral, ainda temos um modelo centrado no indivíduo, na cura, no atendimento médico e nos hospitais. Porém, esse cenário vem mudando progressivamente, passando a incorporar práticas de prevenção, promoção e reabilitação, visando o atendimento integral.

Essas colocações vem ao encontro dos dados que estamos discutindo, em relação a Atenção Básica e a expressiva inserção do enfermeiro, pois reflete essa transformação que as autoras já referiram. Cabe destacar o que Magalhães e Duarte (2004) colocam sobre a necessidade de operar mudanças no modo de trabalhar a gerência em todos os níveis de atenção. Além disso, as práticas gerenciais das enfermeiros convergem para identificação com os pressupostos clássicos da Administração, resultando em uma prática baseada na centralização do poder, no controle, na impessoalidade das relações e ênfase no seu trabalho em atividades administrativas burocráticas.

Essas práticas, segundo as autoras são reflexos da formação do enfermeiro, pois predomina o ensino de Administração em Enfermagem centrado no enfoque tradicional e em modelos tecnoburocrático de gerenciamento. Haveria a necessidade urgente da Enfermagem buscar outras respostas, a exemplo da ampliação dos conhecimentos e inovações em suas atividades profissionais.

Tendo em vista essas colocações, fica claro a necessidade de se (re)pensar a diretrizes curriculares, que auxiliem esses novos profissionais, para que saiam da graduação com uma base que os permitam a enfrentar os problemas, questionando e inovando através das propostas de gestão em saúde.

5.4 Trabalho em Equipe no cenário da Atenção Básica

Dentre as atividades relacionadas no formulário de Avaliação Externa do PMAQ sobre o trabalho da equipe de saúde, foram selecionadas para esse estudo as variáveis que permitissem refletir sobre o tema do trabalho em equipe com a integralidade do cuidado. Utilizou-se como base para essa discussão os conceitos de *trabalho vivo em ato* e as *tecnologias em saúde* de Emerson Merhy (MERHY, 1997; 2002). Segundo Merhy (1997; 2002), o *trabalho vivo em ato* é o trabalho instituinte, que busca compreender a potencialidade do ato de questionar, no próprio processo de trabalho, a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde e de seus modos de operar as modelagens tecnoassistências. A dimensão processual e transformadora do *trabalho vivo em ato* é atribuída à característica desse trabalho, o qual possui a sua essencialidade na ação, de poder ser gerador de tecnologias, na medida em que o *trabalho em ato* pode abrir linhas de fuga ao que já se encontra instituído (PEDUZZI, 1998; 2003). Interessa aqui destacar que a característica das diferentes formas de organização do trabalho pertence à capacidade de interação dos diferentes profissionais entre si e com os usuários, e os modos como são utilizados os instrumentos disponíveis para a realização do seu trabalho. Está, em grande medida, associado às capacidades desenvolvidas durante a sua graduação.

Ainda segundo Merhy (1997; 2002), as modelagens tecnoassistenciais em saúde tratam do modo como é ordenada a produção de ações e serviços de saúde, a partir de um arranjo de saberes, bem como de projetos de ações sociais específicas, como estratégia política para atender a determinado agrupamento social. Ao falar de *tecnologias em saúde*, trata de aspectos que produzem um contraponto entre a rotina e a criação, ao propor a existência de *tecnologias leves*, que associam a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; *tecnologias leve-duras*, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as *tecnologias duras*, sendo as máquinas, normas e estruturas organizacionais. Seguindo a linha de pensamento marcada no parágrafo anterior, diferentes modelagens tecnoassistenciais dizem de diferentes formas de organizar o trabalho e, portanto, também do modo como o trabalhador se coloca no trabalho.

Alguns dados da pesquisa empírica podem nos ajudar a aprofundar essa reflexão. Das 786 equipes avaliadas pelo PMAQ, 61,7% possuem agenda compartilhada entre os profissionais da equipe e 77,1% possuem agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe. Considerando a produção de saúde como um processo do *trabalho vivo em ato*, utiliza-se nessas equipes uma lógica inovadora direcionada para coordenação do cuidado, com responsabilidade sobre ele e domínio de tecnologias leves voltadas para a escuta e a produção de relações cuidadoras. Usando como base os critérios de reconhecimento *das tipologias do trabalho em equipe* de Peduzzi (1998; 2001), pode-se supor que essas equipes sejam *Equipes Integração*. Segundo Peduzzi (1998; 2001), está presente nessas equipes a comunicação intrínseca ao trabalho, onde a micropolítica (MERHY, 2002) ocorre como parte integrante do trabalho e, dependendo do modo como é posta a serviço do cuidado, qualifica a atenção oferecida ao usuário. Propõe-se um projeto assistencial comum, no qual se respeita as diferenças técnicas existentes entre os trabalhos especializados e as especificidades dos mesmos, entretanto usando-as como reconhecimento do trabalho do outro como forma de aprendizado, permitindo a flexibilização da divisão do trabalho e a autonomia técnica de caráter interdependente.

O trabalho se torna, então, um processo de educação permanente em saúde, com grande potencial criativo. A disposição para isso se articula com o disposto nas DCN da Enfermagem que propõe a capacidade de “aprender a aprender” no cotidiano do trabalho (interação com o contexto mediada pelo desafio de compreendê-lo).

Nas *Equipes Integração*, é possível falar dos membros da equipe como *Coletivo Organizado*. Segundo Ceccim (2005), ao se referir a um *Coletivo Organizado*, não se fala dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas sim de agrupamentos articulados por um fim. A noção de coletivo dispõe em relação a um grupo de pessoas interligadas por uma tarefa, a qual constitui finalidade produtiva. A noção de *Coletivo Organizado* põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda.

Ainda segundo Ceccim (2005):

"[...] Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção [...]."

Uma equipe interação, formando um coletivo organizado, põe em articulação produtiva a capacidade técnica de todos os trabalhadores, as dúvidas do cotidiano e os desafios do trabalho. Mais do que o domínio de um certo conjunto de conhecimentos e tecnologias, a capacidade requerida aqui é a da própria interação com os demais trabalhadores e com o contexto. Nessa altura da reflexão, nos parece inevitável refletir sobre as experiências de aprendizagem na formação de graduação, predominantemente entre pares e em ambientes "protegidos" da complexidade do cotidiano nos serviços. Essa é uma reflexão que mobiliza as marcas da formação e que, de certa forma, transborda nesse momento da reflexão, para trazer de volta o eixo da pesquisa empírica.

As tabelas a seguir apresentam as formas de organização a agenda compartilhada entre os profissionais da equipe e as atividades pactuada pela mesma.

Tabela 4 – Organização da agenda compartilhada entre os profissionais das equipes avaliadas pelo PMAQ.

Atividades da agenda	% (n=485)
Realização de visitas domiciliares e atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	88,9
Apenas realização de visitas domiciliares.	5,8
Apenas realização de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	4,7
Não realiza visitas domiciliares, nem atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	0,6

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Tabela 5 – Pactuação da agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ.

Programação da agenda	% (n=606)
Programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado e realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	72,3
Apenas programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado.	18,5
Apenas realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	6,9
Não programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado, nem realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	2,3

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados apresentados nas Tabelas 4 e 5 demonstram que algumas equipes ainda atuam sob a lógica hegemônica do trabalho fragmentado, despersonalizado, com oferta predominante de tecnologias duras e leve-duras, onde o usuário é reificado à categoria paciente e o trabalhador predominantemente capturado pela técnica e pelo conhecimento estruturado. Utilizando-se os critérios de reconhecimento *das tipologias do trabalho em equipe* de Peduzzi (1998; 2001), propõe-se que essas sejam *Equipes Agrupamento*. Segundo Peduzzi (1998; 2001), nessas equipes a comunicação ocorre externa ao trabalho e estritamente pessoal. As diferenças técnicas entre trabalho especializados e as especificidade dos mesmos apresentam-se como arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, primando pela autonomia técnica plena, se não, ausente. Novamente, a necessidade de refletir se essa tendência não estará associada à aprendizagem nos cursos de graduação e/ou especialização.

A tabela a seguir apresenta as formas de acesso disponibilizadas na agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ.

Tabela 6 – Disponibilidade de vagas na agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ.

Reserva de vagas na agenda	% (n=786)
Realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e/ou para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	39,6
Apenas realiza a reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames.	20,2
Apenas realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	9,0
Não realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e/ou para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	31,2

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados da Tabela 6 demonstram que parte das equipes já realizam atividades que constroem a integralidade nas linhas de cuidado e ampliação e melhoria do acesso. Esse processo possibilita suprir a demanda por práticas cuidadoras capazes de responder às necessidades dos sujeitos que demandam os cuidados, pela oferta de projetos terapêuticos singulares, pelo acesso a uma rede de serviços como malha de cuidados progressivos, por uma regulação (macro e micro) da atenção cuidadora, e pelo resultado do cuidado produzindo qualidade de vida e autonomia do indivíduo e da comunidade (FERLA, 2008).

No entanto, percebe-se que um grande número de equipes (31,2%) ainda não promovem ações para a qualificação da Atenção Básica. O PMAQ foi desenvolvido não apenas para avaliar e fornecer uma fotografia da atual da situação das equipes de saúde da Atenção Básica, mas para induzir a

transformação do modelo de atenção instituído, proporcionando visualizar os entraves que dificultam a oferta de um amplo acesso a serviços qualificados de atenção básica.

5.5 Enfermagem na Atenção Básica e as Diretrizes Curriculares Nacionais

A história das diretrizes curriculares para o ensino na saúde é conturbada por encontros e desencontros entre as políticas para das diferentes áreas e as iniciativas desenvolvidas por instituições de ensino no país. Ao longo dos anos 2000, ocorreu a integração e aprovação dessas diretrizes, reconfigurando significativamente as políticas para o ensino e, em consequência, as referências normativas e de avaliação para as áreas. Para a graduação em Enfermagem, essas diretrizes estão descritas na Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Questiona-se nesse estudo, a necessária aproximação da formação de graduação em Enfermagem com as necessidades demandadas pelos locais de sua futura atuação profissional, no caso, os serviços de saúde da atenção básica. O sentido aqui utilizado do termo “necessidades” significa não somente atributos para o cuidado em saúde, quando entendido como assistência às doenças e seus sintomas, mas a interface com outras políticas públicas/sociais e outras iniciativas que respondem ao conceito ampliado de saúde, inclusive o adequado funcionamento do sistema de saúde (FERLA et al., 2007). Os dados apresentados apontam para necessidade de profissionais que tenham conhecimento dos sistemas de saúde, da atuação dos serviços de saúde, das modelagens do cuidado, da modelagem das práticas que são construídas no interior dos serviços, das expectativas dos diferentes atores que buscam os serviços de saúde e da situação de saúde da população, de forma mais geral, além de iniciativas.

Políticas nacionais como o PMAQ induzem processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde. A direção dessas mudanças visa proporcionar a experimentação profissional dentro dos serviços de atenção básica, possibilitando o desenvolvimento da capacidade de intervenção para a produção de mudanças nos processos de cuidado e de trabalho.

Para orientar as discussões sobre a reorganização da formação, nas diferentes áreas de concentração do Curso de Enfermagem, sugere-se uma mudança conceitual importante no que se define como resultado da formação em graduação: não mais um protótipo serializado, mas um sujeito com capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, inclusive a capacidade de aprender continuamente em contato com o chamado “mundo do trabalho” (FERLA et al., 2007). De acordo com o referido nas Diretrizes Curriculares Nacionais, é necessário que os cursos contemplem elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no profissional a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

6 CONCLUSÃO

Este estudo se mostrou um importante exercício de pesquisa nesse período de conclusão da formação em Enfermagem, pois possibilitou uma visão ampla do cenário da Atenção Básica no estado do Rio Grande do Sul, desde seus aspectos de infraestrutura física e material, profissionais inseridos nesse campo e perfil dos coordenadores das equipes. Estes últimos destacados, pois representam profissionais estratégicos na condução do modelo de atenção que pretende dar conta de uma visão integral de saúde, pois não sendo o único que determina o funcionamento de uma equipe, sabemos que o perfil do coordenador pode facilitar ou dificultar como uma equipe irá compor o trabalho em saúde, mais identificada como equipe agrupamento ou como equipe integração.

Para esta análise da atuação dos profissionais Enfermeiros na gestão da Atenção Básica e o cenário em que se encontram as equipes de saúde no estado do Rio Grande do Sul foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo, que se mostrou adequada para categorizar os resultados encontrados por núcleos temáticos que estavam presentes nas respostas fornecidas no formulário de Avaliação Externa do PMAQ. Avaliaram-se questões relacionadas à infraestrutura e recursos materiais, configuração e organização das equipes, formação e atuação profissional, trabalho de gestão e trabalho em equipe.

É importante destacar mais uma vez que as equipes dessa amostra somam pouco mais da metade de todas as equipes do Estado, no entanto, não se pode afirmar que são representativas de todo o contingente da Atenção Básica do estado do Rio Grande do Sul, pois nesta etapa do programa foram escolhidas pelos gestores municipais as equipes que teriam melhores condições de obter repasse de recurso vinculados ao Programa de Melhoria Acesso e Qualidade. No que pese essa questão apontada, chama atenção que das equipes avaliadas, apenas 1,3% apresentaram a infraestrutura completa, e dos recursos materiais imprescindíveis para Atenção Básica, apenas 1% das unidades possuíam todos disponíveis. Em relação às vacinas do Calendário básico, somente 4,6% das equipes dispõem de todas sempre disponíveis.

A grande maioria das equipes apresentou o modelo de configuração de Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais mais frequentemente encontrados foram,

respectivamente, enfermeiros, agentes comunitários e médicos. As atividades de coordenação de equipe foram, em sua maioria, atribuídas ao profissional enfermeiro. A área de pós-graduação mais citada entre os coordenadores de equipe enfermeiros foi a Saúde da Família, perfil também identificado entre os profissionais em geral. Aproximadamente 37% dos coordenadores enfermeiros atuam na mesma equipe de saúde há no máximo um ano.

Dentre as atividades de gestão desenvolvidas pelos coordenadores enfermeiros, as principais foram reuniões de equipe, planejamento de ações e processo de autoavaliação. Do trabalho em equipe desenvolvido pelas equipes avaliadas, 61,7% possuem agenda compartilhada entre os profissionais da equipe, e 77,1% possuem agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe.

A partir dos dados apresentados no estudo, percebe-se a necessidade de formação de profissionais que tenham conhecimento dos sistemas de saúde, das modelagens do cuidado e do trabalho de gestão. As mudanças na formação de graduação em Enfermagem precisam proporcionar a experimentação profissional dentro dos serviços de atenção básica, possibilitando o desenvolvimento da capacidade de intervenção para a produção de mudanças nos processos de cuidado e de trabalho. De acordo com o referido nas Diretrizes Curriculares Nacionais, é necessário que os cursos de graduação em Enfermagem desenvolvam a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente nos estudantes, para que busquem a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, não terminando com a concessão do diploma de graduação.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, p.229, 1979.

BARRIOS, S.T.G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul** / Orientador Profª. Drª. Adelina Giacomelli Prochnow. Santa Maria/RS, 2009. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

BERG, B. L. Qualitative research methods for the social sciences. 3. Ed. Boston, MA: Allyn e Bacon, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em 07 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** Brasília, DF: 2006. ISBN 8533410018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1. Ed.;3.reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/09/1990 , Página 18055.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

CECCIM, R. B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. **Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação**, p. 67-90. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/10/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf. Acesso em: 07 de dezembro de 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ.Saúde**, v.6, n.3, p. 443-465, nov.2008/fev.2009.

COTTA R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família. **Epidemiologia e serviços de saúde**, 15(3):7-8, 2006.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. M. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: Desenho de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(4), jul/ago 2007a. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso: 07 de dezembro de 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. M. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(5), set/out 2007b. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso: 07 de dezembro de 2012.

FERLA, A. . A saúde a partir de um olhar amazônico: implicações, perspectivas, tensões e compromissos com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (ou: porque o SUS precisa de uma saúde com devir açai). In: Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. (Org.). **A desigualdade regional e o território da saúde**. Belém - PA: UFPA, 2008, v. 1, p. 12-18.

FERLA, A. **Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários** / Coord. Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla. Porto Alegre/RS, 2011. Projeto de Pesquisa – Coordenadoria da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERLA, A. et al. Desafios para o fazer institucional frente às disposições da legislação federal e aos compromissos éticos e políticos de uma instituição comunitária de ensino. Universidade de Caxias do Sul, 2007.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde. Em: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível na internet: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 25 de novembro de 2012.

JONAS L.T.; RODRIGUES, H.C.; RESCK, Z. M. R. A função do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. **Rev. APS**, 14(1): 28-38, 2011.

KURCGAN, P. Organizadora. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan; 2011.

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília - DF, v. 57, n.4, p. 408-411, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NOGUEIRA RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia/ Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Rev Saúde Pública**. 35(1):103-9, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1): 75- 91, 2003.

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em: [www.reciis.icict.fiocruz.br]; e-ISSN 1981-6278.

SARANTAKOS, S. Social research. South Melbourne: Macmillan Australia, 1993.

SITTA, E. I. et al. A contribuição dos estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**, 12(6): 1059-1066, Nov/Dez 2010.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002.

TANAKA, O. U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI MJM, MERCADO FJ. **Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 121-136.

WEIRICH, C.F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto e Contexto Enferm**, 18(2): 249-257, 2009.

**APÊNDICE A – Lista de variáveis do Formulário de Avaliação Externa do
PMAQ selecionadas para análise**

PMAQ 2012 – Módulo I	
Microdados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - (Unidade Básica de Saúde)	
Infraestrutura da unidade de saúde	
I.9.2	Consultório Clínico
I.9.3	Consultório Odontológico
I.9.4	Recepção
I.9.5	Sala de Acolhimento
I.9.6	Sala de Curativo
I.9.7	Farmácia
I.9.10	Sala de Estocagem de Medicamentos
I.9.11	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado
I.9.12	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)
I.9.13	Sala de procedimento
I.9.14	Sala de nebulização
I.9.15	Sala de vacina
I.9.16	Sala de Observação
I.9.17	Sala de reunião e atividades educativas
Equipamentos e materiais	
I.11.1	Antropômetro
I.11.2	Aparelho de pressão adulto
I.11.3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal
I.11.4	Aparelho de nebulização
I.11.5	Ar-condicionado farmácia
I.11.6	Ar-condicionado para sala de vacina
I.11.7	Autoclave
I.11.8	Balança antropométrica de 150 kg
I.11.9	Balança antropométrica de 200 kg
I.11.10	Balança infantil
I.11.11	Régua antropométrica

I.11.12 Estetoscópio adulto
I.11.13 Estetoscópio pediátrico ou neonatal
I.11.14 Foco de luz para exame ginecológico
I.11.15 Geladeira exclusiva para vacina
I.11.16 Geladeira para farmácia
I.11.17 Glicosímetro
I.11.19 Lanterna clínica
I.11.20 Mesa para exame ginecológico com perneira
I.11.21 Mesa para exame clínico
I.11.25 Sonar ou estetoscópio de Pinard
I.11.27 Termômetro com cabo extensor ou linear
I.11.28 Termômetro clínico
I.11.29 Termômetro de máxima e mínima
Insumos para atenção à saúde
I.12.1 Abaixador de língua
I.12.2 Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
I.12.3 Ataduras
I.12.4 Caixas térmicas para vacinas
I.12.5 Fita métrica
I.12.6 EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas
I.12.7 Espéculo descartável
I.12.8 Equipo de soro macrogotas e microgotas
I.12.9 Escovinha endocervical
I.12.10 Espátula de Ayres
I.12.11 Esparadrapo/fita micropore e outras
I.12.12 Fixador de lâmina
I.12.13 Frasco plástico com tampa
I.12.14 Gaze
I.12.15 Lâmina de vidro com lado fosco
I.12.16 Porta-lâmina
I.12.17 Tiras reagentes de medida de glicemia capilar
I.12.18 Seringas descartáveis de diversos tamanhos
I.12.19 Seringas descartáveis com agulha acoplada

I.12.20 Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
Material impresso para atenção à saúde
I.13.1 Material Impresso: Caderneta da gestante
I.13.2 Material Impresso: Caderneta de saúde da criança
I.13.3 Material Impresso: Caderneta de saúde da pessoa idosa
I.13.4 Material Impresso: Caderneta do adolescente
I.13.5 Material Impresso: Cartão de vacinação
I.13.6 Material Impresso: Ficha A do SIAB
I.13.7 Material Impresso: Ficha B-GES do SIAB
I.13.8 Material Impresso: Ficha B-HA do SIAB
I.13.9 Material Impresso: Ficha B-DIA do SIAB
I.13.10 Material Impresso: Ficha B-TB do SIAB
I.13.11 Material Impresso: Ficha B-Hans do SIAB
I.13.12 Material Impresso: Ficha C do SIAB
I.13.13 Material Impresso: Ficha D do SIAB
I.13.14 Material Impresso: Relatório SSA2 do SIAB
I.13.15 Material Impresso: Relatório PMA2 do SIAB
I.13.16 Material Impresso: Fichas de notificação e investigação de agravos do SINAN
I.13.17 Material Impresso: Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)
I.13.18 Material Impresso: Ficha de atendimento pré-natal
Imunobiológicos na unidade de saúde
I.15.1 Imunobiológicos: BCG-ID
I.15.2 Imunobiológicos: Dupla tipo adulto – dT
I.15.3 Imunobiológicos: Febre amarela
I.15.4 Imunobiológicos: Influenza sazonal
I.15.5 Imunobiológicos: Hepatite B
I.15.6 Imunobiológicos: Meningocócica C
I.15.7 Imunobiológicos: Pneumocócica 23 valente
I.15.8 Imunobiológicos: Poliomielite
I.15.9 Imunobiológicos: Pneumocócica 10
I.15.10 Imunobiológicos: Trílice viral

I.15.11 Imunobiológicos: Tríplice bacteriana
I.15.12 Imunobiológicos: Tetravalente
I.15.13 Imunobiológicos: Vacina oral de rotavírus Humano
PMAQ 2012 - Módulo II
Microdados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - (Unidade Básica de Saúde)
Informações sobre o entrevistado
II.3.4 O(a) senhor(a) é coordenador(a) da equipe?
II.3.3 Profissão
II.3.5 Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?
Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica
II.4.1 Qual tipo desta equipe?
II.4.2 Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica <ul style="list-style-type: none"> II.4.2.1 Médico II.4.2.2 Enfermeiro II.4.2.3 Cirurgião-dentista II.4.2.4 Técnico de enfermagem II.4.2.5 Auxiliar de enfermagem II.4.2.6 Técnico em saúde bucal II.4.2.7 Auxiliar em saúde bucal II.4.2.8 Agente comunitário de saúde II.4.2.9 Técnico em laboratório II.4.2.10 Microcopista
Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica
II.5.1 O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?
II.5.2/2/1 Especialização em Saúde da Família
II.5.2/2/2 Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/3 Especialização em outro?
II.5.2/2/4 Residência em Saúde da Família
II.5.2/2/5 Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/6 Possui outra residência?
II.5.2/2/7 Mestrado em Saúde da Família
II.5.2/2/8 Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva

II.5.2/2/9 Possui outro mestrado?
II.5.2/2/10 Doutorado em Saúde da Família
II.5.2/2/11 Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/12 Possui outro doutorado?
Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe
II.9.1 Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?
II.9.2 Foi realizado processo de levantamento de problemas?
II.9.3 Foram elencadas prioridades?
II.9.4 Foi estabelecido um plano de ação?
II.9.5 Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?
II.9.8 A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde?
II.9.10 A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?
II.9.11 A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?
II.9.12 Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?
II.9.14 Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
II.9.15 A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?
II.9.16 A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?
Reunião da equipe de atenção básica
II.11.1 A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?
II.11.2 Qual a periodicidade das reuniões?
Organização da agenda
II.16.1 A equipe possui uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?
II.16.2 A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe?
II.16.4 A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares?

II.16.5 A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?
II.16.6 A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?
II.16.8 A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?
II.16.9 Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?
II.16.10 Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?
II.16.11 Os usuários que vão à unidade de saúde com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração precisam passar antes por consulta médica para encaminhamento?