

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**EDUCAÇÃO PERMANENTE, PLANEJAMENTO E GESTÃO VISTOS PELO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Tatiane Fernandes Trindade

Porto Alegre

2015

Tatiane Fernandes Trindade

**EDUCAÇÃO PERMANENTE, PLANEJAMENTO E GESTÃO VISTOS PELO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Êrica Mallmann
Duarte

Coorientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus por me dar força nessa jornada, talvez Ele seja homem, talvez seja luz, energia, inspiração, amor maior, enfim, não importa como é definido, o importante é que em minha vida é o que me guia e me faz acreditar que um mundo melhor é possível.

Agradeço a minha família que soube entender minha ausência e sempre apoiou minhas decisões, de modo especial a minha mãe Clenir, meu raio de luz, fonte de inspiração, mulher guerreira que sempre me incentivou e acreditou no meu potencial, exemplo de força e coragem, obrigada por estar sempre ao meu lado e perdoe-me pela ausência em momentos importantes nestes últimos anos. A minha irmã Vanessa por vibrar junto comigo cada vitória, me incentivar a seguir em frente e me proporcionar bons momentos, ainda que as vezes agente não concorde em algumas coisas nunca deixamos de torcer pela felicidade uma da outra, que bom que somos diferentes, pois assim nos completamos.

Ao meu esposo Gilson de Fraga que compartilhou comigo cada dia dessa trajetória, que aprendeu a acreditar nos meus sonhos e entendeu o quanto era importante para mim essa conquista. Te agradeço imensamente pela paciência, por adiar teus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, que por fim se tornaram sonhos em comum e juntos estamos colhendo cada fruto do nosso trabalho e dedicação. Obrigada pelo carinho, pelo abraço, pela confiança e compreensão, obrigada por não desistir de nós.

Aos meus filhos de coração Cristian e Natali, e as minhas afilhadas Monique, Thalita e Clara, perdoem-me por ter ficado tão distante de vocês, anjos queridos que enriquecem minha vida com seus sorrisos.

Aos meus amigos que por mais distante que estivessem fisicamente se fizeram presentes inspirando-me em cada dia de minha vida. Tenho em mim um pedacinho de cada um de vocês, os velhos amigos, imortais em meu coração e também aos novos que conquistei nestes últimos tempos, compartilhando angústias e conquistas. Não citarei nomes, pois este espaço seria pequeno para falar de cada um, porém tenham a certeza de meu carinho e admiração. Eternamente grata por tornarem meus dias mais coloridos e cheios de emoção.

Aos meus colegas de trabalho e chefia de enfermagem meus agradecimentos por toda ajuda e incentivo, sem a compreensão e apoio de vocês eu não teria conseguido. Muitos são mais que colegas, são parceiros, amigos e conselheiros. Valeu a parceria, o aprendizado, as risadas e os momentos de descontração, desculpem os atrasos, o cansaço e as vezes o mal humor.

Aos professores que me inspiram e contribuíram com meu crescimento profissional e pessoal através de seus ensinamentos e exemplos. Gostaria de destacar três professoras que marcaram minha vida acadêmica: Márcia Trapp que com sua inteligência, dedicação, carisma e tamanha habilidade em transmitir seus conhecimentos me proporcionou uma das melhores fases da faculdade, onde mesmo muita cansada queria mergulhar cada vez mais na fisiologia e não gostaria que essas aulas maravilhosas tivessem fim, obrigada por me permitir passar maior tempo ao teu lado como monitora me enriquecendo com sua sabedoria; Anne Marie Weissheimer que em um dos momentos mais conturbados de minha vida acadêmica me transmitiu tranquilidade e segurança com a doçura do seu modo de ser e agir, além de professora uma grande mulher que conquistou minha admiração; e como não lembrar dela, Márcia Kojá Breigeiron, simplesmente maravilhosa, sempre me incentivando, acreditando no meu potencial e valorizando cada esforço meu em fazer o melhor, obrigada pelo incentivo, pelas palavras amigas e por todo aprendizado que me proporcionou na pediatria e na vida. A todas vocês meu carinho, admiração e respeito.

A enfermeira Ana Gossmann Bortoletti que nestes últimos dias compartilhou comigo os momentos finais e aflição no término do TCC. Demonstrate um carisma imenso e ajudou-me com sua experiência e sabedoria. Obrigada Ana.

A querida professora Denise Tolfo e colega Erick Ferreira por aceitarem meu convite e participarem deste momento tão importante para mim. Ao meu coorientador Alcindo Antônio Ferla, meus agradecimentos por me presentear com tuas ideias.

E enfim, a minha querida orientadora Êrica Rosalba Mallmann Duarte, me faltam palavras para agradecer imensa dedicação, foste como uma mãe, me acolheu, me orientou, me incentivou, me fez acreditar nas possibilidades de tudo dar certo, me iluminou com seu sorriso e me abriu caminhos para ir mais longe do que eu esperava. Obrigada por acreditar em mim e me oportunizar o desenvolvimento deste trabalho de forma tranquila e prazerosa.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 5 |
| 2 | OBJETIVOS | 10 |
| 2.1 | Objetivo geral..... | 10 |
| 3 | MÉTODO | 11 |
| 3.1 | Tipo de estudo | 11 |
| 3.2 | Fontes de dados | 11 |
| 3.3 | População e amostra..... | 12 |
| 3.4 | Coleta dos dados | 12 |
| 3.5 | Análise dos dados..... | 12 |
| 3.6 | Aspectos éticos..... | 12 |
| | REFERÊNCIAS..... | 13 |
| | ARTIGO ORIGINAL | 15 |
| | APÊNDICE A –..... | 33 |
| | ANEXO A – | 35 |
| | ANEXO B | 36 |
| | ANEXO C – | 38 |
| | ANEXO D – | 39 |
| | ANEXO E – | 40 |
| | ANEXO F – | 41 |

1 INTRODUÇÃO

O cenário da saúde no Brasil se depara com muitas mudanças desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A constituição de 1988 é um marco histórico em termos de reconhecimento de direitos sociais. No entanto, apesar da inegável expansão do acesso a esses direitos, é nítida a necessidade da luta para que se tornem de fato universais. A conquista da cidadania perpassa longos processos de construção, exigindo atores sociais com ação em busca de seus interesses e necessidades (BRASIL, 2009a). A democracia, assim como a luta por direitos, é sempre dinâmica e necessita ser renovada constantemente.

A atenção primária em saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, geradora de impacto na saúde e de desenvolvimento da população onde é tida como base do sistema. No Brasil essa estratégia deve ser vista como reordenadora da atenção à saúde, dado seu combate às iniquidades neste campo. Enquanto outros países utilizam a APS como medida para reduzir a exclusão social, dedicando suas ações de baixa complexidade para populações de baixa renda, o governo brasileiro busca resgatar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata, designando-a como Atenção Básica, que busca um sistema universal e integral, contrapondo-se a atenção primária seletiva destinada às populações pobres (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A Reforma Sanitária brasileira, que é a designação usualmente utilizada para o processo social de luta por saúde e democracia que se fortalece nos anos 60 e 70 do século passado, utilizou a expressão “atenção básica” para se contrapor ao modelo defendido internacionalmente naquela época de assistência de baixo custo para a população pobre, em oposição à assistência sofisticada para quem pudesse pagar. A expressão “atenção básica” no registro da legislação sanitária brasileira aparece, portanto, para designar a expectativa da integralidade da atenção, consequente à ideia da saúde como direito de todos, independentemente de sua condição econômica, e para designar a necessidade de dimensionar estratégias organizativas capazes de responder à demanda em saúde de cada território (CECCIM, 2008). Além de se opor a uma organização da atenção com base no custo e na densidade tecnológica, essa definição coloca um desafio de mobilização do trabalho na atenção básica em forte conexão com o território. Acesso e qualidade da atenção estarão, portanto, sempre em movimento.

Em 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nascente das experiências em torno do desenvolvimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2012a). A PNAB defende que a atenção básica (AB) deve,

[...] ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p. 9).

A partir da nova PNAB foi redesenhado o modelo de financiamento federal para atenção básica, aliando um esforço de indução da equidade e da qualidade. No tocante a equidade, o piso fixo da atenção básica (PAB) per capita beneficia os municípios mais pobres. Em relação à qualidade, promove mudanças, valorizando o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e criando um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia a contratualização de compromissos e o alcance de resultados (BRASIL, 2012b).

Neste contexto o Ministério da Saúde (MS) propôs na ação “Saúde mais perto de você” o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como a principal estratégia indutora de mudanças para a rede de atenção básica (PINTO, 2014).

[...] o PMAQ reforça a posição de um governo que almeja a implantação de um modelo de gestão que valoriza cada vez mais a avaliação e a utiliza para o planejamento, qualificação e financiamento de suas ações (PINTO, 2014, p. 138).

O PMAQ tem dentro de suas diretrizes o envolvimento, mobilização e responsabilização de gestores federais, estaduais e municipais, e dos usuários às estratégias da atenção básica. Ele está organizado em quatro fases distintas sendo elas: a adesão e contratualização, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização (BRASIL, 2011a). No primeiro ciclo do PMAQ (2011-2012), mais de 70% dos municípios brasileiros aderiram ao programa, este percentual mostrou-se bastante significativo uma vez que era um programa novo e sua adesão teve caráter voluntário neste primeiro momento.

A primeira fase envolveu a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes da atenção básica e os gestores municipais, e estes com o MS. A segunda fase compreendeu o desenvolvimento das ações, que são as promotoras dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado a fim de alcançar a

melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PINTO, 2012). A fase de desenvolvimento deve ser implementada por meio de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2011a). Para a realização da autoavaliação, o MS disponibilizou a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. O uso da AMAQ não é obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definir o instrumento ou ferramenta mais adequados à sua necessidade e realidade (BRASIL, 2012b). A terceira fase é a avaliação externa, onde é gerado um escore que resulta o percentual do componente de qualidade. Por fim, temos a quarta fase chamada de reconstrução, iniciando-se então um novo ciclo (PINTO, 2012).

Nesse contexto, como se constatou, a educação permanente apresenta papel importante na mudança das práticas profissionais e organização do trabalho, redirecionando o modelo de atenção. Ela é construída a partir dos nós críticos do processo de trabalho, possibilitando a educação ascendente e a promoção de experiências inovadoras (BRASIL, 2012a), visto que a mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais (BRASIL, 2011b). Para Merhy (2005) isto não significa falta de competência dos trabalhadores, mas sim a dependência que existe entre educação em saúde e trabalho em saúde, pois um produz o outro. Importante registrar, nesse momento da reflexão, que a relação entre a educação e o trabalho, para esse autor, não significa a absorção de conhecimentos técnicos para gerar habilidades profissionais, senão a capacidade de refletir criticamente, por em análise e reconstruir o conhecimento a partir da realidade de cada situação de atendimento. Para o autor, há uma natureza de tecnologias que podem ser mobilizadas no trabalho que acontecem no *encontro* entre dois sujeitos (profissional-usuário, profissional-profissional, usuário-usuário), que reconstrói o próprio trabalho. Assim, a educação não seria apenas a oferta dos conhecimentos sistematizados e a produção de capacidades profissionais a partir deles, mas a capacidade de mobilizar conhecimentos e práticas a partir da compreensão do que *está em jogo* no momento do trabalho.

A educação permanente precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como "prática de ensino-aprendizagem" e como "política de educação na saúde". Com essa concepção, a política de educação permanente procura distanciar-se das práticas correntes de desenvolver atividades que não geram mudanças, apenas consomem recursos sem construir novos pactos de convivência e partem do pressuposto de que déficits no trabalho sempre são causados por

problemas de ordem cognitiva, o que é falso. O contexto de complexidade que permeia a saúde necessita mais do que conhecimentos prévios, portanto a aprendizagem deve envolver mais do que os estoques prévios de conhecimento (CECCIM; FERLA 2009) (MERHY, 2005).

A educação permanente engloba a

[...] produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Bem como a contribuição do ensino à construção do SUS (CECCIM; FERLA 2009, s.p.).

A atenção básica requer um saber e um fazer em educação permanente para concretizar o novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que visa à integralidade do cuidado com melhoria do acesso e qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2011b). Esta mudança requer planejamento das ações com vistas a atingir o objetivo proposto.

No passado os estudos sobre política, planejamento e gestão estavam mais voltados para intervenção do que para a investigação, até a década de 70 eram temas pouco contemplados, limitados às questões de orçamento, organização e legislação sanitária. Os rumos da pesquisa científica nesta área revelam uma complexa trama de relação entre o meio acadêmico e as instituições de serviços. São temas de extrema importância que devem buscar a elaboração de políticas e ações em saúde que possam de fato serem efetivadas com alcance de benefícios para população (PAIM, 2006).

O planejamento pode ser entendido como um pacto de ações para superação de desafios. Ele favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, servindo de subsídio para reordenamento ou manutenção das ações (BRASIL, 2012b). A relevância do planejamento em saúde vem sendo reconhecida cada vez mais, trata-se de um processo estratégico para a gestão do SUS. Deve responder às necessidades do Sistema e às demandas contínuas dos gestores em busca do aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social (BRASIL, 2009b).

O gerenciamento da qualidade dos serviços da Atenção Básica busca vencer o desafio do SUS em prestar assistência com garantia de acesso e qualidade. Nesta ótica, as ações da

gestão devem ser pautadas na tomada de decisões com identificação das condições de saúde da população. Sendo o planejamento ponto chave para qualificação da gestão (TEIXEIRA, 2004).

Esta pesquisa visa analisar o impacto da educação permanente ao processo de planejamento da equipe e atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica no Rio Grande do Sul (RS) a partir dos dados do 1º ciclo do PMAQ.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o impacto da educação permanente ao processo de planejamento da equipe e atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica no Rio Grande do Sul a partir dos dados do 1º ciclo do PMAQ.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa quantitativa, transversal, exploratória com abordagem de análise secundária de dados.

A pesquisa quantitativa possibilita que aspectos gerais do fenômeno seja avaliado de modo sistemático, isto é seguem uma série de passos, de acordo com um plano preestabelecido. Usam mecanismos destinados a controlar a situação de pesquisa de modo a minimizar as parcialidades (vieses) e maximizar a precisão e a validade (POLIT; BECK, 2011). O desenho de pesquisas transversais coleta dados em um só momento, em um tempo único. O propósito exploratório é para conhecer uma ou mais variáveis, uma comunidade ou um contexto. Geralmente aplicados a problemas de pesquisas novas ou pouco exploradas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A análise secundária faz uso de um banco de dados já existente, e visa testar novas hipóteses ou discutir novas questões de um estudo prévio (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Fontes de dados

Foram utilizados os dados secundários originados das bases de dados do 1º ciclo do PMAQ, período 2011-2012, nas unidades de saúde (UBS* e ESF†) que aderiram ao programa. Os dados analisados se referem à terceira fase do programa - a Avaliação Externa, conforme anexos A e B. A Educação Permanente em Saúde (EPS), o planejamento da equipe de atenção básica e a gestão das ações para organização do processo de trabalho da equipe foram objetos deste estudo, assim, todas as questões relacionadas a estes temas foram retiradas do módulo II do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ.

Essas bases de dados são de domínio público, podendo ser acessadas diretamente no ambiente virtual do PMAQ no site do Ministério da Saúde. O estudo analisou dados de todas as equipes do RS que aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo.

* UBS – Unidade Básica de Saúde.

† ESF – Estratégia de Saúde da Família.

3.3 População e amostra

A população foi composta pelo instrumento de avaliação externa, com respostas dos profissionais de saúde no primeiro ciclo do PMAQ. Os profissionais que responderam aos questionários foram médicos ou enfermeiros ou dentistas, considerados os profissionais que agregavam o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. A amostra foi composta pelos blocos de questões referentes à educação permanente e ao de planejamento e gestão.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados através do banco de dados do primeiro ciclo do PMAQ, fornecido pelo coordenador do projeto de pesquisa “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”. Foi construído um formulário em Excel agregando apenas os dados utilizados nesta pesquisa.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com testes de tendência central, qui-quadrado e comparações de frequências absolutas e relativas.

3.6 Aspectos éticos

Os dados utilizados foram retirados das bases secundárias do PMAQ que são de domínio público. 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 e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a matrícula nº 21904, conforme anexo C. Foi mantida a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto citado, conforme apêndice A. Os dados secundários foram consentidos pelo pesquisador responsável, conforme anexo D. O estudo foi iniciado após aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF), conforme anexo E.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília/DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento : Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão : estrutura e conteúdo / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília/DF, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/ DF, 1988.

CECCIM, Ricardo Brug, FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.3, p.443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acessado em 15/10/2014.

CECCIM, Ricardo Brug, FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. São Paulo, v.9, n.16, p.161-77, fev.2005.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 66 (esp): 158-64, 2013.

PAIM Jairnilson Silva, TEIXEIRA Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, 2006; v.40 (esp):73-8

PINTO, Hêider Aurélio. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Porto Alegre, 2014

PINTO, Hêider Aurélio, SOUSA, Allan, FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. 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.

POLIT, Denise F., BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SAMPIERI, Roberto H., COLLADO, Carlos F., LUCIO, Maria Del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**, 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

TEIXEIRA, Carmen (coord) **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

ARTIGO ORIGINAL

**EDUCAÇÃO PERMANENTE, PLANEJAMENTO E GESTÃO A PARTIR DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Segundo as normas da
Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)
(ANEXO F)

Educação permanente, planejamento e gestão a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Tatiane Fernandes Trindade, Êrica Rosalba Mallmann Duarte, Alcindo Antônio Ferla

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto da educação permanente no processo de planejamento da equipe e a atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica.

Método: Pesquisa quantitativa, transversal e exploratória, com abordagem de análise secundária de dados, a partir da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com testes de tendência central, qui-quadrado e comparações de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** A educação permanente apresenta íntima relação com os processos de planejamento e a presença de uma gestão que disponibiliza informações úteis para análise da situação de saúde. O apoio da gestão na discussão dos dados de monitoramento, na realização de autoavaliação e na organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ também teve associação significativa com equipes de municípios onde há educação permanente. **Conclusões:** A presença da educação permanente mostrou-se estatisticamente significativa para os processos de mudanças e melhorias na atenção básica, sendo oportunos sua ampliação e seu fortalecimento a fim de atender às demandas de todas equipes de atenção básica e suas respectivas populações.

Descritores: Educação permanente, Planejamento, Gestão em saúde

Descriptors: Continuing education, Planning, Health management

Descriptores: Educación Continua, Planificación, Gestión en Salud

INTRODUÇÃO

O cenário da saúde no Brasil sofreu muitas mudanças desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pelo reconhecimento dos direitos sociais⁽¹⁾. Entretanto, a conquista da cidadania perpassa longos processos de construção, exigindo atores sociais com ação em busca de seus interesses e necessidades⁽²⁾.

A atenção primária em saúde (APS) é uma das estratégias de organização e reorganização dos sistemas de saúde. No Brasil, essa estratégia deve ser vista como reordenadora da atenção à saúde, dado seu combate às iniquidades nesse campo. Enquanto outros países utilizam a APS como medida para reduzir a exclusão social, dedicando suas ações de baixa complexidade para populações de baixa renda, a política de saúde brasileira busca resgatar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata, definindo-a como atenção básica (AB), que busca um sistema universal e integral, contrapondo-se à atenção primária seletiva destinada às populações pobres⁽³⁾.

Em 2011, foi aprovada a atual versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual defende que AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde⁽⁴⁾. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) propôs, na ação “Saúde mais perto de você”, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

“[...] o PMAQ almeja a implantação de um modelo de gestão que valoriza cada vez mais a avaliação e a utiliza para o planejamento, qualificação e financiamento de suas ações.”⁽⁵⁾.

O PMAQ está organizado em quatro fases: a adesão e contratualização, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização⁽⁶⁾.

A primeira fase envolveu a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes da AB e os gestores municipais, e entre estes e o MS. A segunda

fase compreendeu o desenvolvimento das ações, que são as promotoras dos movimentos de mudança da gestão e do cuidado, a fim de alcançar a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica⁽⁷⁾. A fase de desenvolvimento deve ser implementada por meio de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional⁽⁶⁾. Para a realização da autoavaliação, o MS disponibilizou a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. O uso da AMAQ não é obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definir o instrumento ou ferramenta mais adequados à sua necessidade e realidade⁽⁸⁾. A terceira fase é a avaliação externa, na qual é gerado um escore que representa o percentual do componente de qualidade. Por fim, temos a quarta fase, chamada de reconstrutualização, iniciando-se então um novo ciclo⁽⁷⁾.

Nesse contexto, a educação permanente apresenta papel importante para a mudança das práticas profissionais e organização do trabalho, redirecionando o modelo de atenção uma vez que é construída a partir dos nós críticos do processo de trabalho, possibilitando a educação ascendente e a promoção de experiências inovadoras, visto que a mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais^(4,9).

A educação permanente precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como "prática de ensino-aprendizagem" e como "política de educação na saúde". Com essa concepção, a política de educação permanente procura distanciar-se das práticas correntes de desenvolver atividades que não geram mudanças, apenas consomem recursos sem construir novos pactos de convivência e partem do pressuposto de que déficits no trabalho sempre são causados por problemas de ordem cognitiva, o que é falso. O contexto de complexidade que permeia a

saúde necessita mais do que conhecimentos prévios, portanto a aprendizagem deve envolver mais do que os estoques prévios de conhecimento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A AB requer um saber e um fazer em educação permanente para concretizar o novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que visa à integralidade do cuidado com melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados⁽⁹⁾; entretanto, essas mudanças requerem planejamento das ações com vistas a atingir o objetivo proposto.

O planejamento pode ser entendido como um pacto de ações para a superação de desafios e favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, servindo de subsídio para reordenamento ou manutenção das ações. A relevância do planejamento em saúde vem sendo reconhecida cada vez mais e é um processo estratégico para a gestão do SUS, favorecendo também a participação e o controle social^(4,12).

O gerenciamento da qualidade dos serviços da AB busca vencer o desafio do SUS em prestar assistência com garantia de acesso e qualidade. Nesta ótica, as ações da gestão devem ser pautadas na tomada de decisões com identificação das condições de saúde da população, sendo o planejamento um ponto-chave para a qualificação da gestão⁽¹³⁾.

Este artigo visa analisar o impacto da educação permanente no processo de planejamento da equipe e a atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica no Rio Grande do Sul (RS) a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e exploratória, com abordagem de análise secundária de dados originados do primeiro ciclo do PMAQ, no período 2011-2012, em unidades de saúde (UBS[‡] e ESF[§]) que aderiram ao programa. Essas bases de dados são de domínio público e podem ser acessadas no *site* do MS. O estudo analisou dados das equipes

[‡] UBS – Unidade Básica de Saúde

[§] ESF – Estratégia de Saúde da Família

do RS dos blocos de questões referentes a educação permanente, planejamento e gestão. Os trabalhadores que responderam aos questionários eram profissionais de nível superior, considerados os indivíduos que agregavam o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com testes de tendência central, qui-quadrado e comparações de frequências absolutas e relativas**.

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 e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a matrícula nº 21904, iniciado após aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem.

RESULTADOS

No primeiro ciclo do PMAQ, o RS teve, entre seus municípios, 69% de aderência ao programa, totalizando 827 equipes participantes, dentre as quais havia equipes da saúde da família e equipes da atenção básica. Destas, nove não cumpriram a etapa de avaliação externa, portanto não integraram este estudo.

A maioria das equipes participantes conta com atividades de educação permanente no município, 72,1% das equipes responderam que há ações de educação permanente no município que envolvam profissionais da atenção básica.

Dentre as equipes que possuem atividades de educação permanente, 73,5% consideram que as atividades contemplam as necessidades e demandas das equipes e 26,5% consideram as atividades insuficientes.

** Todas as associações encontradas foram definidas por valor de $p \leq 0,05$

Com relação ao planejamento das ações, 89% das equipes haviam desenvolvido alguma atividade de planejamento nos 12 meses anteriores à pesquisa. Os resultados referentes às etapas do processo de planejamento são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados referentes às etapas do processo de planejamento. RS, Brasil, 2012

| Questões | Respostas | n | % |
|--|------------------------|----------|----------|
| Foi realizado processo de levantamento de problemas? | Sim | 667 | 91,6 |
| | Não | 59 | 8,1 |
| | Não sabe/não respondeu | 2 | 0,3 |
| | Total | 728 | 100,0 |
| Foram elencadas prioridades? | Sim | 675 | 92,7 |
| | Não | 52 | 7,1 |
| | Não sabe/não respondeu | 1 | 0,1 |
| | Total | 728 | 100,0 |
| Foi estabelecido um plano de ação? | Sim | 624 | 85,7 |
| | Não | 103 | 14,1 |
| | Não sabe/não respondeu | 1 | 0,1 |
| | Total | 728 | 100,0 |
| Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano? | Sim | 514 | 70,6 |
| | Não | 211 | 29,0 |
| | Não sabe/não respondeu | 3 | 0,4 |
| | Total | 728 | 100,0 |

Na análise dos dados, verificamos que equipes de atenção básica de municípios que possuem ação de educação permanente estão mais associadas a atividades de planejamento e definição de resultados e metas. No entanto, ao realizarmos os cruzamentos, não foi encontrada associação significativa com a presença de educação permanente e o processo de levantamento de problemas, eleição de prioridades e estabelecimento de um plano de ação pela equipe.

Quanto ao apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho, 79,1% das equipes que realizaram atividades de planejamento nos últimos 12 meses responderam que receberam apoio. As equipes apontaram quem proporcionou esse apoio, tendo como opções os apoiadores institucionais, profissionais da vigilância em saúde, profissionais da gestão ou outros, podendo marcar mais de uma opção, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Quem realiza o apoio para planejamento e organização do processo de trabalho.

RS, Brasil, 2012

| Apoiador | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Apoiador institucional | 297 | 51,7 |
| Profissionais da vigilância em saúde | 259 | 45,1 |
| Outros profissionais da gestão | 421 | 73,3 |
| Outro(s) | 80 | 13,9 |
| Total de equipes | 574 | 100,0 |

Todas as equipes participantes da pesquisa foram questionadas sobre o fornecimento, pela gestão, de informações que auxiliem na análise da situação de saúde: 82,8% referiram receber um ou mais informativos. Os recursos disponibilizados às equipes de atenção básica (EAB) para análise da situação de saúde estão listados na Tabela 3.

Tabela 3 - Recursos disponibilizados para análise da situação de saúde. RS, Brasil, 2012

| Recursos | n | % |
|---|------------|--------------|
| Painel informativo | 289 | 42,8 |
| Informativos epidemiológicos | 517 | 76,5 |
| Informativos da atenção básica | 492 | 72,8 |
| Sala de situação | 107 | 15,8 |
| Relatórios e consolidados mensais do SIAB ^{††} | 613 | 90,7 |
| Outro(s) | 24 | 3,6 |
| Total de equipes | 676 | 100,0 |

As equipes que apontaram ter educação permanente no município estão mais relacionadas a gestão que disponibiliza informações úteis para análise da situação de saúde, tendo associação significativa com a presença de sala de situação dentre os recursos disponibilizados para a referida análise.

O monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde estão sendo realizados por 75,4% das equipes de atenção básica avaliadas e, destas, 70,2% receberam apoio da gestão para discutir sobre os dados de monitoramento do SIAB.

Verificou-se que o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde são mais prevalentes nas equipes de atenção básica dos municípios que possuem atividades de educação permanente, e constatou-se que essas equipes também receberam maior apoio da gestão para discutir sobre os dados de monitoramento do SIAB.

Referente ao processo de autoavaliação, 81,7% das equipes tinham realizado algum tipo de avaliação nos seis meses anteriores à pesquisa, 17,4% não realizaram e 1% não sabia ou não respondeu. Os instrumentos utilizados pelas equipes para realização da autoavaliação estão listados na Tabela 4.

^{††} SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica: fornece informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situações de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Tabela 4 - Instrumentos de autoavaliação utilizados pelas EAB. RS, Brasil, 2012

| Instrumento de autoavaliação | n | % |
|--|------------|--------------|
| AMAQ | 564 | 84,4 |
| AMQ | 26 | 3,9 |
| Instrumento desenvolvido pelo município/equipe | 40 | 6,0 |
| Instrumento desenvolvido pelo Estado | 4 | 0,6 |
| Outro(s) | 34 | 5,1 |
| Total | 668 | 100,0 |

Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho em 93% das equipes, e 7% delas não os consideraram. Resultado semelhante foi encontrado quanto ao apoio da gestão no processo de autoavaliação: 93% das equipes receberam apoio da gestão no processo. Com referência à organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ, 91,3% das equipes disseram receber apoio da gestão, 7,7% referiram não receber esse apoio e 1% não sabia ou não respondeu.

Equipes de atenção básica dos municípios que promovem a educação permanente estão mais associadas à realização de autoavaliação, considerando esta na organização do processo de trabalho. Nessas equipes, foi identificado maior apoio da gestão no processo de autoavaliação, assim como na organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ.

DISCUSSÃO

A grande aderência das unidades de saúde no RS ao PMAQ, no primeiro ciclo, permite que tenhamos acesso ao desenho da atenção básica neste Estado, possibilitando a discussão em torno dos resultados encontrados.

Um estudo em uma microrregião de São Paulo mostrou que, apesar de os gestores não relacionarem as mudanças ocorridas ao PMAQ, foram encontradas evidências de que este tem sido uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, contribuindo com melhorias no cuidado aos pacientes e na organização do processo de trabalho com gestão de qualidade, desencadeando melhor desempenho dos indicadores de saúde⁽¹⁴⁾.

O resultado deste estudo demonstrou que equipes com atividades de educação permanente nos municípios estão mais associadas às atividades de planejamento e à definição de resultados e metas.

A prática no setor da saúde necessita de conhecimentos teóricos e práticos, mas, sobretudo, necessita de planejamento das ações como instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde⁽¹⁵⁾.

Apesar de a maioria das equipes de saúde realizar o processo de levantamento de problemas, eleição de prioridades e estabelecimento de um plano de ação, a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação está mais presente nas equipes que contam com a presença da educação permanente.

Esta etapa do planejamento é essencial para a conquista do objetivo do plano de ação. Quando não existe nitidez de onde se quer chegar, cada indivíduo conduz e realiza suas atividades da sua maneira. Um estudo realizado em Pernambuco demonstrou que existe um desconhecimento dos gestores sobre a coerência das ações de atenção primária planejadas, comparadas às executadas⁽¹⁵⁾.

Definir resultados e metas é fundamental para a concretização dos propósitos do planejamento. Quando não se acompanham as ações que foram planejadas a fim de atingir um determinado resultado, qualquer resultado serve. É preciso pensar no que se está fazendo e onde determinada tarefa nos levará. A educação permanente parece colaborar para que os

trabalhadores pensem e analisem suas práticas, determinando um caminho a seguir com um ponto definido de chegada, deixando de ser meros tarefeiros conduzidos por demandas de trabalho que nem sempre contemplam as prioridades definidas.

Neste estudo, a maior parte das equipes recebeu apoio para planejamento e organização do processo de trabalho. Com base nos resultados da avaliação externa do PMAQ, podemos perceber que as equipes contam com mais de um apoiador, não estando restritas somente ao apoiador institucional.

O apoiador tem como dever auxiliar as equipes a colocarem o próprio trabalho em análise e a produzirem alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios⁽¹¹⁾. Dentre elas está o planejamento que configura-se como estratégia para qualificação da gestão⁽¹⁶⁾.

Envoltos de trabalho e cumprindo normas preestabelecidas, nem sempre os gestores conseguem perceber os vieses de seu trabalho e de suas equipes. Ter um apoiador pode facilitar a tomada de decisões, fornecendo maior segurança ao gestor e à construção de meios para enfrentar as dificuldades encontradas.

O SIAB tem sido o principal recurso de informação disponibilizado as equipes, faz parte das ações estratégicas do MS que objetiva fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS⁽¹⁷⁾. Já a sala de situação ainda é pouco disponibilizada, porém tem associação significativa com a presença de educação permanente. Para a construção dos indicadores, a sala de situação utiliza dados secundários provenientes dos sistemas de informações em saúde de base nacional e dados demográficos provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já o SIAB tem como principal limitação somente a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), em geral, bem abaixo do total da população do município⁽¹⁸⁾.

O acesso a informações relevantes para a melhoria do desempenho institucional e sobre os atuais problemas e desafios do SUS são fundamentais para intervenção sobre o

estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde. Não existe um modelo rígido a ser seguido, é necessário considerar cada realidade de forma particular para organizarem-se os serviços de saúde com a melhor conduta dentro do contexto de cada local⁽¹³⁾.

Diante do exposto, fica nítida a importância da disponibilização de informações à equipe de saúde a fim de possibilitar a análise da situação de saúde de sua população. O SIAB como estratégia do MS tem ajudado muito os gestores na tomada de decisão. Associar os dados da sala de situação aos diagnósticos da situação de saúde da população pode enriquecer o planejamento a partir de uma visão mais ampla, além dos limites da população já pertencente ao PSF.

A evidência encontrada neste estudo de que equipes de AB com atividade de educação permanente no municípios estão mais associadas ao monitoramento e à análise dos indicadores e das informações de saúde corrobora com a ideia de que a educação permanente é um ponto importante na transformação das práticas profissionais a partir da problematização da realidade apresentada. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções⁽¹⁹⁾.

Não há dúvidas de que esta política de educação deve ser cada vez mais ampliada, buscando atender às necessidades de cada equipe de trabalho.

Além da análise da situação de saúde da população, é indispensável que o processo de trabalho também seja analisado e discutido para a promoção de melhorias. Neste momento da discussão se faz presente a autoavaliação como ponto de partida para fomentar as mudanças e o aprimoramento necessários. Ficou explícita a relação entre educação permanente e a realização de autoavaliação na organização do processo de trabalho.

Frequentemente, a temática avaliação está arraigada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não atingiram determinado resultado. O PMAQ tenta

romper essa barreira e trazer a autoavaliação como instrumento que possibilita a reflexão em torno do processo de trabalho a fim de promover a superação dos problemas identificados, o alcance de objetivos pactuados e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade das ações de saúde. A autoavaliação deve ter caráter reflexivo e problematizador, abrindo possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas⁽⁹⁾. Esta proposta vem ao encontro da educação permanente, que é construída a partir dos problemas enfrentados no cotidiano das pessoas e organizações, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm para a superação dos desafios e a construção de uma nova realidade⁽¹⁹⁾. A AMAQ foi pensada como um dos instrumentos que permitem a reflexão em torno dos objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, assim como a reflexão sobre as responsabilidades dos atores envolvidos. Além disto, a AMAQ gera um escore que indica o padrão de qualidade de cada questão avaliada, facilitando a identificação de desafios ou problemas mais críticos⁽⁹⁾.

Desta forma, a autoavaliação serve como instrumento para alavancar as mudanças necessárias para o atendimento das necessidades dos usuários, gerando satisfação dos mesmos ao encontrarem acesso e qualidade nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo nos permitiu perceber a íntima relação existente entre a educação permanente e os processos de planejamento e a presença de uma gestão que disponibiliza informações úteis para análise da situação de saúde. O apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB, a realização de autoavaliação e a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ também teve associação significativa com municípios onde há educação permanente.

Uma gestão de qualidade depende do planejamento de suas ações com acompanhamento de resultados e metas. O primeiro passo para o planejamento é o levantamento de problemas com a eleição de prioridades. Neste sentido, a autoavaliação e o acesso a informações para análise da situação de saúde são primordiais. O PMAQ traz a autoavaliação rompendo com o aspecto negativo que muitas vezes está intrinsecamente relacionado a qualquer tipo de avaliação, promovendo mudanças por meio da identificação dos problemas e das dificuldades encontradas no próprio processo de trabalho e valorizando o que há de melhor e que se traduz em qualidade do serviço.

A educação permanente tem papel importante na transformação do fazer em saúde, pois leva a práticas que buscam o aprimoramento das ações e possibilita o planejamento de melhorias com base na problemática advinda das percepções de trabalhadores e usuários. A presença da educação permanente mostrou-se significativa para os processos de mudanças e melhorias, sendo oportunos sua ampliação e seu fortalecimento a fim de atender às demandas de todas equipes de atenção básica e suas respectivas populações.

O PMAQ está sendo um passo importante na história da atenção básica brasileira, trazendo para conhecimento público a realidade encontrada em todo território nacional e promovendo mudanças que melhoram o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Esse tipo de iniciativa induz a avanços na atenção básica; seu banco de dados é um rico instrumento que deve ser valorizado e aproveitado em novos estudos que explorem suas informações e revelem dados ainda ocultos.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília(DF): Senado Federal; 1988.

2. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (BR). As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília (DF): CONASS; 2009a. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66 (esp):158-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF); 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
5. Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade [dissertação de mestrado na internet]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014 [acesso em: XX abr 2015. 231 p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/108955>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília(DF); 2011a.
7. Pinto HA, Sousa A, Florêncio, AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde [Internet]. 2012 [Acesso em: XX abr 2015]; 6 supl 2 : [aproximadamente 19 p.] Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624>.

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b. 134 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
10. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio[Internet], 2009 [acesso em: 27 abr 2015]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
11. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface [Internet]. 2005. [Acesso em: 27 abr 2015] ; 9(16): 172-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100015&script=sci_arttext
12. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b. 32 p. (Série Cadernos de Planejamento; v. 6). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v6.pdf
13. Teixeira C, Villasboas AL, Abdon C, Ferreira MC. Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo (SP): BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf

14. Chimara MB, Silva E, Pain C, Storopoli JE. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião da cidade Tiradentes. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS* [internet]. 2013. [acesso em: 27 abr 2015]. 2(2):174-197. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/85/108>
15. Silva KCL; Santos ERR, Mendes MS. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(1):15-25.
16. Berreta IQ, Lacerda, JT, Calvo, MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(11):2143-2154.
17. Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde DATASUS O Sistema de Informação da Atenção Básica [internet]. [acesso em: 25 abr 2015]. Brasília(DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>
18. Ministério da Saúde (BR). Sala de situação. [internet]. [acesso em: 25 abr 2015]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/RNIS/historico.htm>
19. Ministério da Saúde (BR). A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

APÊNDICE A –
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Tatiane Fernandes Trindade, graduanda em Enfermagem, inscrita no CPF 007.009.930-88, abaixo firmada, assumo o compromisso de manter a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas à pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação do usuário”.

Por este termo, comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros e a não repassar o conhecimento das Informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio;

2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionado à tecnologia apresentada na pesquisa acima mencionada;

3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial ou sigiloso que venha a ser disponibilizado através da pesquisa acima mencionada;

4. A não repassar o conhecimento das informações, por seu intermédio.

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

1. “informação confidencial” significará toda informação revelada relacionada à tecnologia apresentada associada com a Avaliação sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios;

2. “informação confidencial” inclui, mas não se limita às informações relativas às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredos de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos, metodologia, fluxogramas, especificações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados durante a defesa acima mencionada;

3. “avaliação” significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a defesa acima mencionada.

Caso o receptor da informação descumpra quaisquer obrigações previstas no presente documento estará sujeito as implicações e sanções de cunho civil e criminal cabíveis.

Porto Alegre, 05 de novembro de 2014.

Tatiane Fernandes Trindade

CPF: 007.009.930-88

ANEXO A –

Bloco de questões sobre EPS do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ:

| I.8 | Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas | | |
|-------|---|----|---|
| I.8.1 | Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.) | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| I.8.2 | Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: (Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.8.4.) | im | Telessaúde |
| | | im | EAD/UNASUS |
| | | im | RUTE - Rede Universitária de Telemedicina |
| | | im | Cursos presenciais |
| | | im | Troca de experiência |
| | | im | Tutoria/preceptorial |
| | | im | Outro(s) |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| | | | Nenhuma das anteriores |
| I.8.3 | A equipe utiliza o Telessaúde para: | im | Segunda opinião formativa |
| | | im | Telediagnóstico |
| | | im | Teleconsultoria |
| | | im | Outro(s) |
| I.8.4 | Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |

ANEXO B

Bloco de questões sobre planejamento e ações da gestão na organização do processo de trabalho do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ:




| I.9 | Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe | | |
|---------|---|-----------|--------------------------------------|
| I.9.1 | Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.) | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.1/1 | Existe documento que comprove? | | Sim |
| | | | Não |
| I.9.2 | Foi realizado processo de levantamento de problemas? | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.3 | Foram elencadas prioridades? | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.4 | Foi estabelecido um plano de ação? | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.5 | Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano? | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.6 | A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.) | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| I.9.7 | Quem realiza o apoio? O entrevistador deverá ler as opções. | | Apoiador institucional |
| | | | Profissionais da vigilância em saúde |
| | | | Outros profissionais da gestão |
| | | | Outro(s) |
| | | respondeu | Não sabe/não |
| | | | Nenhuma das anteriores |
| I.9.8 | A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.10.) | | Sim |
| | | | Não |
| | | respondeu | Não sabe/não |

continua...

| | | | |
|----------|---|--|--|
| I.9.9 | I | Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.) | Painel informativo |
| | | | Informativos epidemiológicos |
| | | | Informativos da atenção básica |
| | | | Sala de situação |
| | | | Relatórios e consolidados mensais do SIAB |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| | | | Outro(s) |
| I.9.9/1 | I | Existe documento que comprove? | Sim |
| | | | Não |
| I.9.11 | I | A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB? | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| I.9.12 | I | Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.16.) | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| I.9.12/1 | I | Existe documento que comprove? | Sim |
| | | | Não |
| I.9.13 | I | Qual o instrumento/fonte utilizada? | AMAQ |
| | | | AMQ |
| | | | Instrumento desenvolvido pelo município/equipe |
| | | | Instrumento desenvolvido pelo Estado |
| | | | Outro(s) |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| I.9.13/1 | I | Existe documento que comprove? | Sim |
| | | | Não |
| I.9.14 | I | Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| I.9.15 | I | A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe? | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não respondeu sabe/não |
| I.9.16 | I | A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ? | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não respondeu sabe/não |

ANEXO C –

CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: ESTUDOS MULTICÊNTRICOS INTEGRADOS SOBRE ACESSO, QUALIDADE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS”:

| | | | |
|--|---|---|---|
|  | UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL | PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs |  |
| CARTA DE APROVAÇÃO | | | |
| Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto: | | | |
| Número: 21904 | | | |
| Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários | | | |
| Pesquisadores: | | | |
| Equipe UFRGS: | | | |
| ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011 | | | |
| MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Ana Lucilia da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| Mayna Yaçanã Borges de ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 | | | |
| Equipe Externa: | | | |
| Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011 | | | |
| Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011 | | | |
| Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. | | | |
| Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012 | | | |
|  JOSE ARTUR BOGO CHIES | | | |
| 1 | | | |

ANEXO D –
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
REDE GOVERNO COLABORATIVO EM SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DIREITOS AUTORAIS

Eu, Alcindo Antonio Ferla, abaixo assinado, CPF nº 411.449.450-20, professor adjunto do curso de Bacharelado da Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva reconheço, sob as penas da Lei 9.610/98 (Lei de Direitos Autorais), ser o titular dos direitos autorais da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação do usuário”, aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21904.

Através deste instrumento, autorizo a utilização dos direitos autorais dos resultados da pesquisa total ou parcialmente, direta ou indiretamente, em qualquer suporte e meio, em caráter gratuito e irrevogável, sem ressalvas ou condições e sem qualquer tipo de ônus. Os dados poderão ser utilizados para produção e divulgação de atividades científicas de ensino, pesquisa e extensão.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito.

Porto Alegre, 05 de novembro de 2014.

Alcindo Antonio Ferla

ANEXO E – PARECER COMPESQ

| Sistema Pesquisa - Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|----------------------------------|---------------------------|---|---------------------------|--|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| Retornar | | | | | | | | | | | |
| Dados Gerais: | | | | | | | | | | | |
| Projeto Nº: | 28275 | Título: | EDUCAÇÃO PERMANENTE E O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | | | |
| Área de conhecimento: | Saúde Coletiva | Início: | 01/12/2014 | | | | | | | | |
| | | Previsão de conclusão: | 30/06/2015 | | | | | | | | |
| Situação: | Projeto em Andamento | | | | | | | | | | |
| | Não possui projeto pai | | Não possui subprojetos | | | | | | | | |
| Origem: | Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional | | Projeto Isolado | | | | | | | | |
| Local de Realização: | não informado | Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos | | | | | | | | | |
| Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado. | | | | | | | | | | | |
| Objetivo: | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>2.1 Objetivo geral</p> <p>Analisar como ocorre o processo de educação permanente na rede de atenção básica brasileira, nos estados que fazem parte da coordenação da UFRGS, a partir dos dados coletados, no primeiro ciclo do PMAQ-AB.</p> </div> | | | | | | | | | | |
| Palavras Chave: | EDUCAÇÃO PERMANENTE, PMAQ. | | | | | | | | | | |
| Equipe UFRGS: | Nome: ERICA ROSALBA MALLMANN DUARTE Coordenador - Início: 01/12/2014 Previsão de término: 30/06/2015 | | | | | | | | | | |
| Avaliações: | Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 03/12/2014 Clique aqui para visualizar o parecer | | | | | | | | | | |
| Anexos: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Projeto Completo</td> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Data de Envio: 28/11/2014</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Concordância de Instituição</td> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Data de Envio: 28/11/2014</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Instrumento de Coleta de Dados</td> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Data de Envio: 28/11/2014</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Adendo</td> <td style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Data de Envio: 21/01/2015</td> </tr> </table> | | | Projeto Completo | Data de Envio: 28/11/2014 | Concordância de Instituição | Data de Envio: 28/11/2014 | Instrumento de Coleta de Dados | Data de Envio: 28/11/2014 | Adendo | Data de Envio: 21/01/2015 |
| Projeto Completo | Data de Envio: 28/11/2014 | | | | | | | | | | |
| Concordância de Instituição | Data de Envio: 28/11/2014 | | | | | | | | | | |
| Instrumento de Coleta de Dados | Data de Envio: 28/11/2014 | | | | | | | | | | |
| Adendo | Data de Envio: 21/01/2015 | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"> <p>Estudo vinculado a pesquisa: Avaliação Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação do usuário, propondo estudo quantitativo, transversal, exploratório. Introdução problematiza a educação permanente dos profissionais e sua repercussão no atendimento dos usuários, justificando o tema em estudo e propondo como objetivo geral analisar como ocorre processo de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica a partir de dados secundários do primeiro ciclo do PMAQ-AB ano 2011-2012, relativos aos Estados na gerência da UFRGS. Apresenta instrumentos utilizados com as informações sobre educação permanente e satisfação e documento de autorização para utilização dos dados de dados, bem como termo de confiabilidade por parte dos autores deste estudo. Proposto análise estatística descritiva com testes de tendências. Estudo relevante e projeto atendendo as etapas de um trabalho científico. Aprovado</p> </div> | | | | | | | | | | | |
| Fechar | | | | | | | | | | | |

ANEXO F –**NORMAS DA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Papel - A4 com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas: Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Formatação: Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).

Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas.

Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título: Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras. Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas.

Negrito. Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa.

Resumo: O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em um único parágrafo.

Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas Até 200 palavras.

Descritores: Descritores em português, em inglês e em espanhol, selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) ou Mesh. Mínimo de 3 e máximo de 6, separados

entre si por ponto e vírgula e primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições.

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

Negrito e caixa alta somente na primeira letra.

Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word.

Introdução: Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método: Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados: Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão: A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão: A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas: Título localizado acima da tabela. Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter: a distribuição "do que / de quem" de acordo com "o que" ela foi realizada e cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados.

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word. Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula . Traços internos somente

abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas.

Marcadores do MS Word. Cores nas células.

Cabeçalho em negrito. Sem células vazias.

Evitar tabelas com mais de uma página. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto.

Até 5 itens entre tabelas e figuras.

Menção no texto é obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.

Formatação não permitida - Quebras de linhas utilizando a tecla Enter. Recuos utilizando a tecla Tab. Espaços para separar os dados. Caixa alta. Sublinhado.

Notas de rodapé: Restritas ao mínimo necessário. Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas: Restritas ao mínimo necessário. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Figuras: São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Tendo o título localizado abaixo da figura

Quadros: São semelhantes as tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.

Gráficos: Não devem repetir os dados representados nas tabelas. Plenamente legíveis e nítidos. Tamanho máximo de 16x10cm. Em tons de cinza e não em cores. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto é obrigatória. Ex: conforme a Figura 1.

Inserção no texto logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.

Siglas: Restritas ao mínimo necessário. Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Citações no texto: Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12). Ordenadas consecutivamente, sem pular referência.

Citações de referências sequenciais separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9).

Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

Quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações "ipsis literes" entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

Itens não permitidos: espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. indicação da página consultada. nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico. citações nas Conclusões

Siglas: No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem. Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não são permitidas no título do artigo e no resumo.

Notas de Rodapé: No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem.

Referências: Estilo Vancouver. Artigos Originais: até 25 referências. Artigos de Revisão: sem limite máximo. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.. Referências da RLAE citadas em inglês.