

AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

ASSESSMENT FOR QUALITY IMPROVEMENTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY AND PROFESSIONAL QUALIFICATION

José Mendes da Silva¹
Antônio Prates Caldeira²

Resumo A proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foi desenvolvida para oferecer, aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). No presente estudo, apresenta-se uma perspectiva de avaliação mediante a AMQ, focada na percepção dos profissionais de saúde. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de nível superior das três categorias mais envolvidas com a ESF, utilizando-se os instrumentos da AMQ referentes à avaliação de equipes, as quais foram comparadas em relação à qualificação profissional e ao tempo de implantação. As médias dos escores das equipes foram comparadas pelo teste 't' de Student, assumindo-se um nível de significância de 5%. Registrou-se uma percepção positiva das equipes, exceto para as subdimensões 'participação comunitária e controle social' e 'saúde do adolescente'. Equipes qualificadas mediante residência na área de saúde da família mostraram melhor desempenho. Os autores recomendam a ampla utilização do instrumento como forma de divulgação e consolidação da proposta de avaliação e monitoramento da qualidade na ESF e reforçam o papel da residência como medida privilegiada para a qualificação dos profissionais de saúde na atenção primária.

Palavras-chave Programa Saúde da Família; atenção primária à saúde; avaliação da qualidade; qualificação profissional; avaliação em saúde.

Abstract The proposed Assessment for Quality Improvement in the Family Health Strategy (AQI) was created to offer municipal managers Family Health Strategy (FHS) assessment and quality management tools. This study presents an assessment perspective, via the AQI, that is focused on the health professionals' perceptions. Interviews were conducted with the top-level professionals from the three groups that are most involved with the FHS using the team assessment AQI tools to assess the teams, which were compared with regard to their professional qualifications and time of deployment. The teams' mean scores were compared using Student's 't' test, assuming a level of significance of 5%. A positive perception was noticed among the teams, except in the 'community participation and social control' and 'adolescent health' sub-dimensions. Teams qualified via residences in the family health area performed better. The authors recommend the wider use of this instrument as a means to disseminate and consolidate the proposed FHS quality assessment and monitoring and to underpin the role played by residence as a measure of choice to qualify health professionals in primary care.

Keywords Family Health Program; primary health care, quality assessment, professional qualification; health evaluation.

Introdução

As primeiras ideias sobre atenção primária à saúde (APS) surgiram na Grã-Bretanha, em 1920, e serviram de base, algumas décadas depois, para a reorganização dos serviços de saúde em vários países (Conill, 2008). A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, os princípios da atenção primária passaram a ser consensuais e universais (Mendes, 2002), e subsidiaram os ideais dos movimentos sociais em prol de reformas sanitárias em muitos países. No Brasil, por exemplo, foram amplamente debatidos na VIII Conferência Nacional de Saúde que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001; Mendes, 2002; Valentim e Kruehl, 2007).

Alguns anos mais tarde, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como proposta de reorganização da APS no SUS. O programa cresceu rapidamente e, a partir de 1997, passou a ser interpretado como uma estratégia e atividade assistencial integrada à rede e que deveria funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde (Henrique e Calvo, 2008). A partir de então, a Estratégia Saúde da Família, assumindo um caráter substitutivo do modelo tradicional, apresentou expansão acentuada no número de suas equipes em todo o País (Brasil, 2000; Henrique e Calvo, 2008). Esse crescimento redefiniu sua importância no processo de reorganização da APS e estimulou o discurso sobre questões relacionadas à qualificação e à resolubilidade das equipes de saúde. O Ministério da Saúde passou então a incentivar atividades de monitoramento e avaliação, buscando a institucionalização de processos avaliativos (Felisberto, 2006).

Todavia, a avaliação dos cuidados de saúde na atenção primária não é uma atividade simples. A tarefa é desafiadora mesmo para países mais desenvolvidos (Lorenzo-Cáceres Ascanio e Otero, 2007). O modelo clássico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1988), na década de 1960, é o mais empregado e constitui referência fundamental quando interessa realizar uma análise focada em critérios objetivos de estrutura, processo e resultado.

Assumindo-se como principal responsável pelo processo de avaliação no campo da APS e desencadeando a institucionalização da avaliação nessa área, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de iniciativas para a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde, fomentando pesquisas avaliativas específicas, como os estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) (Bodstein *et al.*, 2006; Almeida e Giovanella, 2008).

É importante destacar, contudo, que é em nível local que as mudanças precisam ser realizadas de forma mais rápida, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou, em 2005, o projeto intitulado Avaliação

para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Desenvolvido com o objetivo de oferecer aos gestores municipais ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família, o projeto tornou acessíveis documentos técnicos para os municípios interessados em aderir voluntariamente a ele (Brasil, 2005).

A proposta da AMQ orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados. Orienta, ainda, a elaboração, de maneira estratégica, de planos de intervenção para a resolução dos problemas encontrados (Brasil, 2005). A proposta da AMQ é uma metodologia para a avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestores, coordenações, unidades de saúde e equipes. Ela situa a percepção dos diversos atores em uma perspectiva de autogestão e oferece instrumentos específicos para que os próprios atores envolvidos com a estratégia, em seus diferentes âmbitos, possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento contínuo do serviço de saúde. Outro aspecto positivo da AMQ é o fato de incorporar, na avaliação do processo, questões capazes de ponderar as diversas peculiaridades relacionadas às funções da atenção primária, tais como o primeiro contato, a acessibilidade, a coordenação do cuidado e as atividades de promoção e prevenção (Campos, 2005).

Apesar das potencialidades do instrumento e das características específicas de indicação de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de saúde da família, não existe uma definição clara para a aferição de escores ou para o estabelecimento de pontos de corte específicos que permitam o ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados: elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado. Esse talvez seja um dos fatores limitantes da disseminação da AMQ e do uso desse instrumento em pesquisas avaliativas.

No presente estudo, objetivou-se investigar a influência da qualificação de profissionais de nível superior no desempenho das equipes da ESF, tendo como eixos avaliativos os estabelecidos pela AMQ.

Método

Trata-se de um estudo transversal realizado mediante um inquérito, de abordagem quantitativa, com os profissionais das equipes da ESF. A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, localizado no norte do estado de Minas Gerais. A população estimada da cidade é de cerca de 350 mil habitantes, e ela é o principal polo urbano da região, sendo referência, inclusive

na área de saúde, para toda a região norte do estado de Minas, para os vales do Mucuri e do Jequitinhonha e, ainda, para o sul da Bahia. A atenção primária no município está estruturada em 49 equipes de Saúde da Família – 44 localizadas na zona urbana e cinco, na zona rural –, 15 equipes de agentes comunitários de saúde e 15 centros de saúde tradicionais, sendo esses últimos responsáveis pela parcela da população que não possui cobertura da ESF. A população assistida pela ESF representa um percentual de aproximadamente 50%.

Não houve cálculo amostral, pois o estudo faz parte de um projeto amplo que incorpora todas as equipes de saúde. A coleta de dados foi realizada em todas as unidades do Programa Saúde da Família de Montes Claros que possuíssem as três categorias de profissionais de nível superior: médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Participaram da coleta de dados duas enfermeiras e uma cirurgiã-dentista, especialmente treinadas. As respostas representaram o consenso das três categorias profissionais de nível superior integrantes das equipes.

Para o presente estudo, foram utilizados os formulários de número 3, 4 e 5 do projeto AMQ, que enfocam a percepção dos profissionais das equipes de Saúde da Família segundo três grandes dimensões: 'Unidade de Saúde', 'Consolidação do Modelo de Atenção' e 'Atenção à Saúde'.

A dimensão 'Unidade de Saúde' conta com 40 questões divididas em duas subdimensões: 'estrutura física e equipamentos' e 'insumos, imunobiológicos e medicamentos'. A dimensão 'Consolidação do Modelo de Atenção' inclui 70 questões referentes às seguintes subdimensões: 'organização do trabalho em Saúde da Família', 'acolhimento, humanização e responsabilização', 'promoção da saúde', 'participação comunitária e controle social' e 'ações gerais de vigilância à saúde'. A dimensão de 'Atenção à Saúde' inclui 88 questões referentes às subdimensões 'saúde da criança', 'saúde de adolescentes', 'saúde de mulheres e homens adultos', 'saúde do idoso' e 'vigilância às doenças transmissíveis'.

Também foram coletadas informações sobre a formação e a capacitação dos profissionais de nível superior na área de Saúde da Família e sobre o tempo de funcionamento das equipes de saúde. As entrevistas com os profissionais foram conduzidas nas próprias unidades de saúde, durante o horário de trabalho.

A análise dos dados foi realizada através do software Statistical Package for Social Sciences – SPSS® versão 16.0 for Windows®, computando-se o número de conformidades e de não-conformidades para cada equipe em cada um das subdimensões avaliadas. Cada equipe apresentou, portanto, um escore de adequação às subdimensões avaliadas, representado pelo número de conformidades, ou concordância, com os parâmetros apresentados na proposta AMQ.

As equipes com qualificação específica para atuação na ESF (aquelas em que todos os profissionais de nível superior possuíam residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família) foram comparadas com equipes sem qualificação específica por meio da média dos seus escores em cada uma das subdimensões avaliadas. As médias foram comparadas também entre as equipes mais jovens e com mais tempo de existência (implantação superior a dois anos).

O presente estudo foi realizado com a autorização e o apoio dos gestores de saúde locais, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), e com o consentimento dos entrevistados, que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram coletados dados de 43 equipes, e 129 profissionais de nível superior participaram da mesma: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Em uma das equipes, não foi possível coletar os dados das três categorias profissionais, sendo a mesma excluída da análise.

O desempenho geral das equipes da ESF em relação às dimensões e subdimensões da AMQ na percepção dos profissionais de saúde é apresentado na Tabela 1, que relaciona os valores mínimos e máximos obtidos pelas equipes (escores de conformidade). Nenhuma das equipes participantes atingiu pontuação máxima em todos os eixos de avaliação. Os piores escores foram observados para as subdimensões 'participação comunitária e controle social' e 'atenção à saúde do adolescente'. O melhor desempenho médio das equipes foi encontrado na subdimensão 'vigilância às doenças transmissíveis'.

Tabela 1

Autopercepção de desempenho das equipes da ESF para as dimensões do Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade em Montes Claros/MG, 2008.

Dimensões	Subdimensões	Escore alcançáveis em cada subdimensão	Escore das equipes		
			Mínimo	Máximo	Média
Unidade de Saúde	Infraestrutura e equipamentos	24	4	21	12,93
	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	16	0	16	10,16
Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do trabalho em Saúde da Família	21	9	21	15,63

continua >

Continuação - Tabela 1

Autopercepção de desempenho das equipes da ESF para as dimensões do Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade em Montes Claros/MG, 2008.

Dimensões	Subdimensões	Escores alcançáveis em cada subdimensão	Escores das equipes		
			Mínimo	Máximo	Média
Consolidação do Modelo de Atenção	Acolhimento, humanização e responsabilização	12	3	12	8,67
Atenção à Saúde	Promoção da saúde	21	3	18	12,77
	Participação comunitária e controle social	4	0	4	1,26
	Ações gerais de vigilância à saúde	12	3	12	8,88
	Saúde da criança	24	11	24	18,88
	Saúde do adolescente	6	0	5	2,63
	Saúde de mulheres e homens adultos	38	18	38	27,53
	Saúde do idoso	7	1	7	4,72
	Vigilância às doenças transmissíveis	13	6	13	11,26

Fonte: Os autores.

As características gerais das equipes revelaram que em 24 delas todos os profissionais possuíam formação específica para a ESF: os médicos concluíram a residência em medicina de família e comunidade e os enfermeiros e cirurgiões-dentistas concluíram a residência multiprofissional em saúde da família. Quatro equipes possuíam pelo menos um profissional qualificado e as demais não possuíam nenhum profissional qualificado nas modalidades residência médica ou multiprofissional. O tempo aferido de existência das equipes nos territórios variou de 1 a 10,4 anos.

A análise comparativa entre as equipes completamente constituídas por profissionais com formação específica na área e as demais é registrada na Tabela 2. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre o desempenho das equipes tanto para a dimensão de consolidação do modelo quanto para a dimensão de atenção à saúde, com melhores escores para as equipes que possuíam formação específica (residência médica ou multi-

profissional em saúde da família). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre o desempenho das equipes segundo o tempo de existência das mesmas.

Tabela 2

Desempenho médio das equipes da ESF medido pelo Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade, segundo o perfil de qualificação dos profissionais de nível superior, em Montes Claros/MG, 2008.

Subdimensões	Equipes com residência Média (dp)	Equipes sem residência Média (dp)	Teste 't'	p-valor
Organização do trabalho em Saúde da Família	16,29 (±2,93)	14,79 (±2,78)	1,709	0,095
Acolhimento, humanização e responsabilização	9,46 (±2,17)	7,68 (±2,65)	2,418	0,020
Promoção da saúde	14,04 (±2,93)	11,16 (3,70)	2,855	0,007
Participação comunitária e controle social	1,38 (±0,82)	1,11 (±1,49)	0,709	0,484
Ações gerais de vigilância à saúde	9,04 (±2,77)	8,68 (1,86)	0,504	0,617
Saúde da criança	20,04 (±3,03)	17,42 (3,20)	2,747	0,009
Saúde do adolescente	2,92 (±1,21)	2,26 (1,91)	1,298	0,204
Saúde de mulheres e homens adultos	29,25 (±3,86)	25,37 (±4,31)	3,111	0,003
Saúde do idoso	5,29 (1,43)	4,00 (±1,97)	2,490	0,017
Vigilância às doenças transmissíveis	11,67 (±1,24)	10,74 (±1,94)	1,910	0,063

Fonte: Os autores.

Discussão

A avaliação em saúde é ao mesmo tempo necessária e complexa. No processo de expansão e consolidação em que se situa atualmente a ESF, a avaliação representa um compromisso dos gestores de saúde em todos os âmbitos.

Existe, pois, a necessidade de se compatibilizar instrumentos e de pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que ela constitui uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Para o próprio Ministério da Saúde, essa é uma premissa sem a qual

torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (Brasil, 2005).

Os resultados do presente estudo mostraram que, de modo geral, existe uma percepção positiva das equipes da ESF em relação ao seu desempenho nas dimensões avaliadas. Esse fato pode ser comprovado pela média geral de cada uma das subdimensões, que quase sempre revelou um escore de conformidades superior a 50%. Em estudo realizado no estado do Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2008), utilizando outros instrumentos, encontraram resultados similares aos observados neste estudo, ou seja, uma percepção positiva em relação ao desempenho das atividades.

É importante destacar algumas considerações sobre os resultados gerais. Se, por um lado, existe um excelente desempenho de algumas equipes (escores de concordância com os parâmetros avaliados próximos à meta para cada subdimensão), por outro lado, registrou-se uma completa falta de adequação aos parâmetros sugeridos pela AMQ em outras equipes. Situação particularmente crítica foi registrada para os escores de conformidade em relação à subdimensão 'insumos, imunobiológicos e medicamentos', 'participação social' e 'saúde do adolescente'. Essa heterogeneidade no desempenho das atividades não parece ser uma particularidade do local do estudo, tendo sido ressaltada em estudos anteriores (Canesqui e Spinelli, 2008; Pedrosa e Teles, 2001).

Particularmente em relação aos escores observados, é difícil estabelecer análises comparativas com outros estudos. A literatura nacional não registra muitos estudos sobre a utilização da AMQ ou registra experiências ainda restritas. Em São Paulo, Venâncio *et al.* (2008), estudando o processo de implantação do projeto, verificaram a necessidade de empenho dos gestores e a dificuldade dos profissionais de saúde no processo de preenchimento dos questionários. Esses aspectos talvez estejam, de fato, comprometendo a difusão da AMQ e sua utilização como fonte de pesquisas científicas.

Sarti (2009), investigando o processo de implantação da AMQ no estado do Espírito Santo, registrou a dificuldade de análise dos dados, uma vez que não existe definição, no instrumento, para a análise exploratória dos padrões de qualidade apresentados. Esta seria outra justificativa para a parca utilização da AMQ em estudos científicos.

A literatura internacional, por outra parte, é abundante em estudos que empregam instrumentos similares à proposta AMQ, os quais, no entanto, não

permitem comparação com a AMQ (Walshe e Freeman, 2002; Thom *et al.*, 2004; Counte e Meurer, 2001).

O presente estudo permitiu analisar comparativamente a percepção dos profissionais com residência na área de saúde da família (medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família) e a daqueles sem essa formação específica. Os escores médios de conformidades das equipes com profissionais que possuem residência em saúde da família mostraram-se sempre superiores às equipes sem residência, registrando-se diferenças estatisticamente significantes para as subdimensões 'acolhimento, humanização e responsabilização' ($p=0,020$), 'promoção da saúde' ($p=0,007$), 'saúde da criança' ($p=0,009$), 'saúde de mulheres e homens adultos' ($p=0,003$) e 'saúde do idoso' ($p=0,017$).

Segundo Gil (2005), as experiências vividas nas residências podem de fato representar a melhor oportunidade para uma reflexão em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais coerente com aquele que a ESF se propõe. Compreende-se, portanto, que os resultados encontrados são coerentes com a afirmativa da autora. A pós-graduação na modalidade residência representa tanto para os médicos quanto para os enfermeiros e cirurgiões-dentistas maior adequação ao modelo assistencial proposto pela ESF (Gil, 2005).

A literatura nacional também registra poucos estudos sobre o desempenho de equipes da ESF com residência específica na área, apesar do próprio Ministério da Saúde considerá-la um padrão-ouro no processo de formação de recursos humanos para a estratégia. A discussão sobre a formação de profissionais de nível superior para a ESF, especialmente o médico, existe desde a implantação do programa (Campos e Belisário, 2001).

Mais recentemente, Moretti-Pires (2009) observou ainda existir um descompasso no processo de formação profissional para atuação em equipes de Saúde da Família, revelando que a universidade se mantém como espaço tradicionalista e descontextualizado das políticas públicas de saúde e destacando que a formação profissional atual mostra-se demasiado reducionista para a complexidade das ações da ESF.

Não se observaram no presente estudo diferenças entre os escores das equipes segundo o tempo de implantação. Em princípio, esses resultados contrariam a noção de que maiores vínculos com a comunidade ao longo do tempo se refletiriam em melhor desempenho das equipes, conforme encontrado em alguns estudos (Aquino, Oliveira e Barreto, 2009; Macinko, Guaianais e Souza, 2006). Entretanto, resultado similar foi observado no estudo de Sarti (2009) em municípios do Espírito Santo, onde não se registraram melhores escores nas subdimensões do AMQ para as equipes com tempo de implantação maior, mesmo com diferentes pontos de corte. Para o

autor, não existem evidências consistentes que comprovem a relação entre o tempo de implantação e o processo de trabalho. De fato, a mudança do modelo assistencial parece apresentar uma relação maior com o perfil do profissional do que com o tempo de atuação do mesmo.

Em síntese, no município avaliado, a ESF apresenta desempenho global satisfatório, de acordo com a percepção dos profissionais de nível superior que atuam nas equipes, as quais apresentam escores e percentuais de conformidades mais próximos da meta programada. O fato de a subdimensão participação comunitária e controle social ter apresentado fraco desempenho na avaliação pode ser explicado pela falta de reconhecimento por parte das equipes do seu papel de estimular a participação comunitária: os profissionais atribuem esse fato à falta de mobilização comunitária e à baixa capacidade organizativa da comunidade, julgando que o fraco desempenho dessa subdimensão foge à governabilidade da equipe. O estudo de Canesqui e Spinelli (2008) também mostrou desempenho insatisfatório das equipes em relação a esse aspecto do processo de consolidação do modelo.

De forma similar, as ações de 'saúde do adolescente' também foram avaliadas e consideradas insatisfatórias pela maioria das equipes, com escores de conformidade abaixo da média. Esse dado pode ser decorrente da dificuldade de realizar atividades coletivas com esse segmento etário e do fato de as equipes não desenvolverem ações específicas direcionadas a essa população. Resultados similares foram observados em outros estudos (Canesqui e Spinelli, 2008; Sarti, 2009; Ferrari, Thomson e Melchior, 2008).

Naturalmente, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser considerados no processo de interpretação e generalização dos dados. A primeira delas, inerente à própria proposta do projeto AMQ, é seu caráter autoavaliativo, que pode induzir a erros no processo de aferição dos critérios de conformidade em relação aos padrões avaliados. A entrevista realizada de forma conjunta com os profissionais de nível superior das equipes buscou antecipar tal situação. Com isso, a definição de conformidade passou a ser compartilhada por três categorias profissionais, limitando-se o juízo de valor pessoal nas respostas.

Deve-se considerar também que, apesar dos possíveis vieses da autoavaliação, alguns autores destacam o papel relevante da AMQ para a melhoria dos serviços de saúde, na medida em que insere os profissionais no processo avaliativo e possibilita maior conscientização e o envolvimento deles na identificação das intervenções para a reorganização das práticas (Canesqui e Spinelli, 2008; Felisberto, 2004; Costa *et al.*, 2009).

Outro aspecto que merece destaque é a dificuldade de generalização dos dados e o aspecto particular do desempenho das equipes avaliadas. Contudo, ressalta-se que o objetivo do presente estudo foi oferecer uma perspec-

tiva de autoavaliação para as equipes e comprovar que esse processo é influenciado pela maior formação dos profissionais na área.

A proposta AMQ foi concebida como um instrumento para institucionalizar a avaliação na ESF, e não existem muitos registros na literatura nacional sobre o seu impacto. Alguns autores já relacionaram as dificuldades existentes em seu processo de implantação (Venâncio *et al.*, 2008; Sarti, 2009). O presente estudo destaca a utilização da AMQ como ferramenta que permite ao gestor aferir o grau de comprometimento de suas equipes da ESF com a reformulação do modelo assistencial e com as ações de saúde desenvolvidas. Nesse sentido, permite ao gestor definir os aspectos mais críticos para uma intervenção mais precoce.

É possível perceber que, dentro do mesmo município, as equipes experimentam significativa heterogeneidade tanto em relação às não conformidades para consolidação do modelo quanto em relação às ações de saúde. De certa forma, esse gradiente de atuação permitirá que o gestor identifique as equipes com maiores dificuldades de vinculação às diretrizes da ESF, uma vez que várias das não conformidades em relação a essas duas dimensões dizem respeito muito mais ao trabalho das equipes do que às ações do gestor.

Concluindo, os estudos sobre intervenções para a melhoria da qualidade revelam que a maioria tem efeitos altamente variáveis e fortemente dependentes do contexto no qual são usadas e da forma como essas intervenções são implementadas (Walshe e Freeman, 2002). No presente estudo, confirmou-se a relevância do processo de qualificação profissional por meio da residência (médica e multiprofissional) para a melhoria do cuidado nas equipes da ESF. A utilização da AMQ como proposta neste estudo permite a rápida identificação das subdimensões que exigem maior atenção e possibilita uma interação real entre os profissionais de saúde e a gestão dos serviços. Sem prejuízo da sua utilização como proposta pelo Ministério da Saúde, sugerem-se novas pesquisas para a divulgação e a consolidação do instrumento, que pode ser de grande utilidade atualmente no fortalecimento da atenção primária no país.

Nota do Editor

Este texto baseia-se na dissertação intitulada “Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos profissionais de nível superior em Montes Claros – MG”, apresentada em 2010 ao Mestrado

Profissional em Cuidado Primário em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais. Os autores declaram não haver conflitos de interesses para a sua publicação e que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Os autores declaram ainda que trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Notas

¹ Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Mestre em Cuidado Primário em Saúde (Mestrado Profissional) pela Universidade Estadual de Montes Claros. <josemendesdasilva@yahoo.com.br>

² Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). <antonio.caldeira@unimontes.com.br>
Correspondência: Rua Monte Pascoal, 225, bairro de Ibituruna, CEP 39401-347, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Referências

- ALMEIDA, Patty F.; GIOVANELLA, Lígia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1.727-1.742, 2008.
- AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson F.; BARRETO, Maurício L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- BODSTEIN, Regina *et al.* Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção

- Básica. *Proposta de estruturação de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- CAMPOS, Carlos E. Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, supl. 1, p. S63-S69, 2005.
- CAMPOS, Francisco Eduardo; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 133-142, 2001.
- CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria A. Santos. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.
- CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S27, 2008.
- COSTA, Glauce Dias *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- COUNTE, Michael A.; MEURER, Steven. Issues in the Assessment of Continuous Quality Improvement Implementation in Health Care Organizations. *International Journal of Quality Health Care*, v. 13, n. 3, p. 197-207, 2001.
- DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care. How Can it Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, v. 260, n. 12, p. 1.743-1.754, 1988.
- FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.
- _____. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.
- FERRARI, Rosângela Aparecido Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Adolescence: Actions and Perceptions of Doctors and Nurses within the Family Healthcare Program. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, 2008.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.
- HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008.
- LORENZO-CÁCERES ASCANIO, Antonio de; OTERO, Puime Ángel. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): análisis temático y bibliométrico. *Revista Española de Salud Pública*, v. 81, n. 2, p. 131-145, mar./abr., 2007.
- MACINKO, James; GUAIANAIS, Frederico C.; SOUZA, Maria de Fátima Marinho. Evaluation of the Impact of the Family Health Care Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Editora da Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexity in Family Healthcare and the Training of Future Healthcare Professionals. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

SARTI, Thiago Dias. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)*. 2009. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

THOM, David H. *et al.* A New Instrument to Measure Appropriateness of Services in Primary Care. *International Journal of Quality Health Care*, v. 16, n. 2, p. 133-140, 2004.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

VENÂNCIO, Sônia I. *et al.* *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

WALSHE, Kieran; FREEMAN, T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Quality and Safety in Health Care*, v. 11, n. 3, p. 85-87, 2002.

—————
Recebido em 01/06/2010

Aprovado em 08/08/2010