

AUTOAVALIAÇÃO: INSTRUMENTO PARA REFLEXÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Self-assessment: tool for reflection on Family Health Team Work processes

Marjorye Polinati da Silva Vecchi¹, Estela Márcia Saraiva Campos², Beatriz Francisco Farah³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar como a autoavaliação desenvolvida pelo PMAQ pode contribuir na organização do processo de trabalho das equipes na perspectiva da integralidade da atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou a entrevista coletiva e os resultados do questionário AMAQ - instrumento de "Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade", que compõe uma das fases do Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) do Ministério da Saúde. Como resultado emergiu um núcleo de significado, Práticas de integralidade: dialogando com os resultados da autoavaliação AMAQ subdividida em três categorias: educação permanente e qualificação das equipes; organização do processo de trabalho; atenção integral à saúde. Identificou-se que a atenção integral desenvolvida pelos profissionais ainda é embrionária, para organizar o processo de trabalho orientado pela integralidade, apresentando dificuldades: ausência de um programa de educação permanente e de um planejamento integrado; a adesão do território limitada à atualização de cadastros, não integração entre os pontos da rede de atenção à saúde e contatos intersetoriais prejudicados pela burocracia. Como potencialidades, observou-se o acolhimento; visitas domiciliares programadas; desenvolvimento de ações preventivas e promocionais e acompanhamento de grupos de riscos que, embora frágeis, sinalizam mudanças para transição do modelo assistencial. A autoavaliação pelas equipes do município se apresentou como ferramenta dinamizadora na identificação de demandas para Educação Permanente e organização do processo de trabalho, que possam subsidiar concepções e práticas profissionais na Atenção Básica sob a perspectiva da integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Educação Permanente; Integralidade; Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aimed to analyze how the self-assessment developed by the AQIP can contribute to the organization of the work process of teams, from the perspective of integrated care. This is qualitative research that used the group interview and the results of the AQIS questionnaire - the "Access and Quality Improvement Self-assessment" instrument, which is one of the stages of the Access and Quality Improvement Program for Primary Care (AQIP-PC) of the Ministry of Health. As a result, a core of meaning emerged, Integrated Practices: dialoguing with the AQIS self-assessment results subdivided into three categories: ongoing education and qualification of the teams; organization of the work process; integrated health care. It was found that integrated care developed by the professionals is still embryonic in organizing the work process guided by integration, presenting difficulties: the absence of a continuing education program and of integrated planning; information on the coverage area limited to updating entries; no integration between health care network points; and intersectoral contacts hampered by bureaucracy. Seen as possibilities, there was collaborative care, scheduled home visits, development of preventive and promotional activities, and the monitoring of risk groups, which although weak, signal transitional changes to the care model. The self-assessment by the municipality's teams represented a dynamic tool in the identification of demands for ongoing education and work process organization that can support concepts and professional practices in basic care from the integrated perspective.

KEYWORDS: Family Health; Continuing Education; Integrality; Primary Care.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). NATES - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: marjorye.vecchi@ifsudestemg.edu.br.

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ UERJ. Professora do Departamento de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ UFJF.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ UERJ. Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ UFJF.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se como primeiro nível de atenção à saúde que orienta, preferencialmente, a porta de entrada no sistema estruturado em rede, coordenando o cuidado, de forma a garantir uma assistência contínua e integral ao usuário.^{1,2} Nessa perspectiva, a integralidade toma uma concepção multidimensional e assume o sentido de diretriz orientadora da organização dos processos de trabalho e das práticas profissionais, propiciando ampliar a visão dos profissionais para o alcance de um cuidado mais resolutivo, contínuo e ajustado às necessidades em saúde.^{3,4,5}

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), o número de equipes de saúde da família continua crescendo no país, propiciando uma ampliação da cobertura populacional de 31,8% em 2002, para 62,4% em 2014.⁶ Apesar desse crescimento, pesquisas sinalizam que a proposta de reorientação do modelo assistencial ainda persiste como desafio, pois as equipes ainda não conseguiram superar o processo de trabalho orientado pelo modelo de atenção médico curativista, hegemônico, resultando numa atenção menos integral e ordenada pela necessidade do indivíduo, interferindo na resolutividade das práticas profissionais.^{7,8}

Portanto, mais do que ampliar o número de equipes de Saúde da Família, é necessário que a atenção à saúde ofertada pelas equipes garanta o acesso e a qualidade, resultado que pode ser alcançado com processos de trabalho orientados pelo princípio da Integralidade.^{1,4,5}

Nessa perspectiva, o MS, em 2011, define as diretrizes para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, buscando deslocar o foco nos procedimentos, para uma atenção mais centrada no usuário, contínua e organizada, que atenda suas necessidades entre os diversos pontos da rede de atenção.¹

No entanto, apesar da contribuição do MS em orientar os processos de trabalho, sabemos que os mesmos são permeados por fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, dando uma dinamicidade e singularidade nas diversas realidades que podem influenciar a organização e construção de uma atenção integral.^{9,10}

Na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência oferecida nas Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde implementou, em 2011, o “Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica” - PMAQ-AB. O PMAQ-AB fundamenta-se na proposta de avaliação e certificação do trabalho de gestores e equipes de Atenção Básica. Embasa-se na lógica de ciclo contínuo de avaliação, com pactuação de compromissos e indicadores entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais,

e destes com o Ministério da Saúde, sendo estruturado em quatro fases: Contratualização; Autoavaliação; Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional; Avaliação Externa e a Recontratualização.¹¹ Trabalha com um escopo de parâmetros que, de maneira resumida, consiste em indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados com municípios e equipes e com padrões de qualidade, utilizados nas fases de Autoavaliação e Avaliação Externa.

Este estudo tomou como objeto de análise a autoavaliação realizada pelas equipes de saúde da família, dimensão considerada como ponto de partida da segunda fase do PMAQ, com a proposta de induzir mudanças na gestão do cuidado. Este processo de autoavaliação pelas equipes utiliza como instrumento o AMAQ – “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade”, questionário validado, contendo padrões de qualidade, que orientam a gestão municipal e as equipes de saúde da família à reflexão, discussão e avaliação do processo de trabalho ao olhar aspectos nas dimensões da estrutura, processos e resultados das ações da atenção básica. Nessa autoavaliação, as equipes de saúde da família identificam problemas, pontos falhos e estabelecem estratégias de intervenção, para aprimorar os processos de trabalho, ajustando os serviços aos princípios do SUS, especialmente à Integralidade, na busca de mais satisfação dos usuários, resolutividade e qualidade para as ações da Atenção Básica.¹¹

Esses processos avaliativos guardam relação com a educação permanente ao induzir a reflexão, problematização e avaliação do cotidiano de trabalho das equipes com vistas ao enfrentamento de situações e melhoria dos serviços oferecidos.

Com base nesse entendimento, torna-se fundamental analisar essa dimensão de autoavaliação proposta pelo PMAQ, especialmente em municípios, onde a Atenção Básica é hegemônica na assistência, contribuindo para estimular mudanças e reestruturação dos serviços para a melhoria da qualidade da assistência, a partir de processos de trabalho orientados pela integralidade.

Assim, este estudo objetivou analisar como a autoavaliação desenvolvida pelo PMAQ pode contribuir na organização do processo de trabalho das equipes na perspectiva da integralidade da atenção.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa com profissionais de três Unidades de Saúde da Família (USF), em um município da zona da mata de Minas Gerais, com uma população de 10.866 habitantes.¹² O município é habilitado na gestão plena de Atenção Básica. A rede de assistên-

cia à saúde no município é composta por uma Unidade de Pronto atendimento (UPA), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma modelo tradicional e três Unidades de Saúde da Família (USF), tendo em cada, uma equipe de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal.¹³

A atenção secundária, terciária e as urgências e emergências demandadas pela população do município são referenciadas para os municípios polos da microrregião de Ubá ou da macrorregião Sudeste de Juiz de Fora, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais.

Os participantes da pesquisa foram 33 profissionais de saúde das três USF: 16 agentes comunitários de saúde, 3 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros, 3 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal e 6 médicos (3 médicos de família, 2 médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica - Provac, 1 médico do Projeto Mais Médico). Os médicos do programa de provimento do MS participaram do estudo, pois como membros das equipes contribuíram para a reflexão sobre o cotidiano dos processos de trabalho.

Para a coleta de dados, inicialmente, foi realizada uma análise documental junto à Secretaria Municipal de Saúde sobre o processo de implantação do PMAQ, além dos resultados do questionário AMAQ/2013, com vistas a conhecer o grau de desempenho das equipes, de acordo com suas percepções - Autoavaliação.

Para o trabalho de reflexão e análise sobre o processo de trabalho das equipes, utilizou-se a entrevista coletiva, a qual possibilita apreender as diferentes percepções acerca de um fato ou prática de um grupo específico de pessoas, propiciando, também analisar a interação entre os participantes.^{14,15}

Foram realizadas três entrevistas coletivas, organizadas

por USF e por equipe, com o objetivo de trabalhar os resultados do questionário AMAQ, apreendendo as singularidades apontadas. A dinâmica utilizada inicialmente foi a projeção dos resultados do AMAQ para os participantes. A seguir, questões orientadoras motivaram as reflexões sobre os graus de desempenho autoatribuídos e discussões sobre o cotidiano de trabalho, permitindo apreender afinidades e divergências de percepções, tensões e avanços relacionados à autoavaliação AMAQ e ao processo de trabalho na USF.

Nesta pesquisa, foi utilizada apenas a unidade de análise “Equipe” do instrumento AMAQ, nas dimensões e subdimensões: Educação Permanente na perspectiva de qualificação das equipes; Processo de trabalho e sua organização e Atenção integral.

Segundo as orientações do instrumento, os pontos dos padrões de qualidade são somados e comparados a uma escala definida com graus de desempenho variando desde muito insatisfatório (19,99% dos pontos), insatisfatório (20-39,99%), regular (40-59,99%), satisfatório (60-79,99%) e muito satisfatório (80-100%)¹⁶.

Foram atribuídos nomes de cores às USF (Azul, Branca e Vermelha) e siglas, conforme a categoria profissional dos participantes na pesquisa: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Médico (M), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE), Cirurgião- Dentista (D) Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Números arábicos foram utilizados para diferenciar mais de um profissional da mesma categoria.

O Quadro 1, a seguir, apresenta os graus de desempenho alcançados pelas equipes.

Quadro 1 - Resultado AMAQ – Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, Piraúba, 2013.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES	RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO					
		Equipe Azul		Equipe Branca		Equipe Vermelha	
		AB	SB	AB	SB	AB	SB
Educação Permanente	J - Educação permanente e Qualificação da equipe de Saúde	S	MS	S	MS	MS	MS
Processo de trabalho	K - Organização do processo de Trabalho	MS	S	MS	MS	MS	MS
Atenção Integral	L - Atenção Integral à Saúde	S	S	MS	MS	S	MS

Legenda: AB - Equipe de atenção básica | SB - Equipe de saúde bucal | MS - Muito satisfatório | S - Satisfatório

Fonte: a autora.

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin,¹⁷ que propicia a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação e a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção/recepção desse conteúdo.

As falas foram gravadas, transcritas na íntegra e as informações foram estruturadas, obedecendo às etapas: organização da análise, classificação (codificação), categorização, inferências e interpretação dos resultados, conduzindo aos núcleos de significação. Neste estudo, é apresentado o núcleo de significação "Práticas de integralidade: dialogando com os resultados da autoavaliação AMAQ," subdividida em três categorias: educação permanente e qualificação das equipes; organização do processo de trabalho; atenção integral à saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, sob parecer nº 566.810.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos participantes, constatou-se que a faixa etária variou entre 20 e 50 anos. Dos 33 profissionais participantes 18 (54,5%) possuíam menos de 2 anos de atuação nas equipes de Saúde da Família, com exceção dos três médicos com tempo de atuação maior: 14 anos, 4 anos e 3 anos. O maior percentual de profissionais novos refere-se aos ACS: dos 16 agentes, 7 (43,7%) com tempo de atuação, variando em no máximo 1 ano. Essa situação sinaliza uma alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, já que as USF possuem um tempo de implantação que varia de 4 a 16 anos.

Práticas de integralidade: dialogando com os resultados da autoavaliação AMAQ

A primeira subdimensão do AMAQ trabalhada durante a entrevista coletiva foi a de **Educação permanente e qualificação das equipes**. Os graus de desempenho autoatribuídos pelos profissionais das equipes variaram de satisfatório a muito satisfatório. No entanto, durante a discussão junto aos profissionais das equipes foi possível observar pelos depoimentos certa confusão entre os termos: educação permanente e capacitação, treinamento e curso.

"Pra nós aqui da saúde da família, eu acho que falta um pouco... é um treinamento para os agentes de saúde, elas não têm nenhum curso de capacitação..." (M - USF Branca)

"[...] na parte de odontologia, eu estou sempre cor-

rendo atrás, estudando... soube que há como fazer curso para Dentista na área de Saúde da Família [...]" (D - USF Vermelha)

Para investir em Educação Permanente, é necessário que a gestão esteja comprometida em qualificar os profissionais, como destacou um dos participantes.

"[...] para fazer um atendimento integral a uma família, tem que ter pessoal qualificado, tem que ter apoio, vontade dos governantes, para apoiar o sistema de saúde, e a Atenção Primária [...]" (M3 - USF Vermelha).

Outra subdimensão analisada foi a **Organização do Processo de trabalho**, na qual um dos depoimentos especificou a rotina de trabalho da equipe:

"Nossa agenda: nós atendemos consulta, temos um dia específico para atender só pacientes hipertensos e diabéticos, um dia só pra puericultura, vacinação, temos as visitas domiciliares que é super importante [...], preventivos, dia de coleta de sangue, dias de atendimento psicológico, da fisioterapeuta e da dentista e também os dias de atendimento da técnica de higiene bucal que também faz outros serviços preventivos importantíssimos [...]" (M -USF Branca)

Em relação à lógica de organização do trabalho orientado pela adstrição do território, os profissionais da USF branca entendem que propicia uma prática organizada e funcional, além de resguardar a dinâmica que envolve o contexto do território.

"Realmente essa questão de adstrição do território aqui é bem organizado [...]" (E - USF Branca)

"Estamos sempre atualizando o nosso cadastro [...]" (ACS1 - USF Branca)

"Pessoas que mudam de um bairro para outro a gente tá sempre acompanhando." (TE - USF Branca)

Sendo as visitas domiciliares uma das atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família e uma atividade avaliada pelo instrumento AMAQ, foi destacada pelos profissionais a importância das visitas domiciliares serem programadas, conforme demanda apresentada pelos ACS, trazendo o contexto do paciente, elemento que contribui

para atenção integral e ganhos para a relação profissional/paciente:

"[...] muitas vezes a gente precisa do agente de saúde pra trazer o contexto do paciente." (M2 - USF Vermelha)

"Já tive experiência com visitas... e acredito muito nas visitas domiciliares, mesmo na área odontológica elas são muito válidas, porque conhecemos a realidade do paciente durante as visitas e sabemos como abordá-lo no consultório." (D - USF Branca)

Verificou-se que a organização do processo de trabalho na Atenção Básica traz o acolhimento como uma nova tecnologia relacional. Os profissionais percebem este como uma escuta qualificada (atenta e acolhedora), que vai além do olhar sobre a queixa física do paciente, contribuindo para o estabelecimento do vínculo entre o profissional, usuário e o serviço de saúde:

"Na minha área onde eu trabalho tem usuário (drogas). Eu lido muito com as mães, aí passam o problema pra mim, sou praticamente como se diz uma "psicóloga" [...] Fico lá, oriento e também as adolescentes novas que tem filho também (oriento)." (ACS6 - USF Azul)

"É, muitas vezes quando a gente chega assim a pessoa tá sozinha, né? Aí desabafa, chama para entrar tomar um cafezinho, aí a gente vê que aquela pessoa tá com a necessidade de conversar, e eu fico ali 20, 30 minutos com a pessoa, e aí me mostra o medicamento que tá tomando, com quem consultou, o problema de saúde que tá enfrentando [...]" (ACS2 - USF Branca)

Foram relatados pelos participantes os tipos de ações desenvolvidas no cotidiano de trabalho destes. Percebeu-se que os profissionais realizam atividades concernentes às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e orientações inclusas em palestras para hipertensos, diabéticos. Na área odontológica, os técnicos de saúde bucal visitam escolas municipais para orientar sobre escovação aos estudantes:

"Então a gente está sempre orientando. Temos palestras de hipertenso, diabéticos [...] As gestantes nas visitas domiciliares, [...] O idoso [...]" (E - USF Azul)

"Têm dois anos que eu estou aqui e de ação coletiva só fazemos aquela lá na Praça, é... eu sinto que falta isso...eu até falei com a técnica que a gente podia ir mais na Escola, mas a burocracia pra isso desanima [...]" (D - USF Vermelha)

Em relação à resolutividade no atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas, foi destacado pelos profissionais que a unidade só trabalha os aspectos clínicos mais simples de urgência, por exemplo: alteração de pressão ou dor. A emergência expressa como um risco de vida, a unidade não tem condições de atender, exigindo encaminhamentos.

"A unidade só medica quando há urgência, e chama a ambulância na emergência." (M1 - USF Azul)

"Às vezes acontece de vir uma urgência [...] aqui a gente faz retirada de pontos, drenagem de abscesso, uma lavagem de ouvido...essas coisas." (M - USF Branca)

"Fazemos atendimento de urgência, assim uma pressão alta, emergência não temos estrutura pra isso, encaminhamos para o pronto socorro." (TE - USF Vermelha)

"Nós atendemos às consultas programadas e deixamos duas vagas diárias para urgências [...] se necessitar de uma medicação endovenosa encaminhamos para o pronto socorro [...]" (D - USF Branca)

O planejamento integrado é um dos instrumentos fundamentais para a organização do processo de trabalho. As equipes sinalizaram dificuldades no planejamento de ações, no tocante ao processo de trabalho do ACS e insumos da USF:

"[...] quando entra uma agente nova ela fica meio perdida, não sabe quem vai visitar primeiro [...]" (E - USF Branca)

"[...] falta material... é, falta uma programação de medicamentos, entendeu? Algumas vezes a gente joga fora com o coração doendo, outras vezes falta [...]" (TSB - USF Vermelha)

Em prosseguimento à discussão sobre planejamento, os depoimentos dos profissionais apontaram que o monitoramento e avaliação das ações estão relacionados à pro-

atividade de cada categoria, observando o atendimento de metas e indicadores pré-estabelecidos pela secretaria de saúde.

"Eu costumo fazer um comparativo com que os agentes me passam, com os atendimentos médicos... para avaliar as ações dessa equipe, geralmente na época da produção." (E - USF Vermelha)

Outra subdimensão analisada foi a **Atenção Integral à Saúde**. Os graus de desempenho autoatribuídos pelas equipes nesta subdimensão variaram entre satisfatório e muito satisfatório. No entanto, ao fazer a reflexão sobre os resultados, as falas apontaram dificuldades para implementar um atendimento integral no cotidiano, não se limitando apenas aos aspectos físicos e patológicos. Destacam como dificuldades a implementação de projetos intersetoriais, devido à burocracia nas relações, a continuidade do cuidado, relacionada à operacionalização da referência e contrarreferência:

"[...] nessa subdimensão, a gente faz tudo que pode, mas fica um pouco “travado” quando depende de outros setores [...] Nós temos muita dificuldade de acesso ao serviço social, a educação [...] a burocracia marca muito[...]" (E - USF Vermelha)

"É o “muito” (conceito autoatribuído pela equipe) aí, está pesado de novo... mas assim dentro dos padrões citados, fazemos todos, não em uma escala muito grande, mas fazemos tratamentos preventivos e curativos[...] Sinto que falta é um centro especializado pra gente encaminhar, porque não temos ainda referência [...]" (D - USF Vermelha)

"A maior dificuldade que enfrento é que: primeiro, a gente não tem contrarreferência nenhuma. Não mandam, não escrevem nada [...] Já melhorou muito com o advento dos consórcios. [...] Você precisava de uma consulta com um gastro meio que urgente, levava meses depois, entendeu?... Complicado isso! Aqui ainda temos a facilidade de ter ginecologista, cardiologista, dentro do município [...]" (M - USF Branca)

Outra dificuldade identificada na organização para uma assistência integral foi a captação de um grupo populacional específico, como os adolescentes, os quais expressam outras demandas por exemplo, uso de drogas, cujo manejo do cuidar foge da formação profissional das equipes, exigindo discussão, para que haja reorganização

das práticas e novos conhecimentos.

"O adolescente é um hiato aqui na unidade, é aquela faixa etária que escapa muito das ações programadas... só vem quando doente, quando os pais trazem ou quando acontece uma gravidez... é uma faixa etária de 14 a 18 anos mais arredia. É um trabalho mais voltado para o usuário de drogas, uma coisa mais preventiva, e também a gente não tem referência para esses casos, é... nós ficamos muito no limbo pra isso. A gente precisa ter um olhar mais profundo pra isso [...]" (M - USF Branca)

Os participantes relataram também a existência de uma tensão entre as demandas dos usuários, suas expectativas de atendimento e o tempo necessário para organização do processo de trabalho na perspectiva da integralidade.

"Sei que falta mais eu e o dentista conversarmos, mas se a gente for parar para fazer reunião, aí vai meia hora e os pacientes não aceitam isso [...]" (ASB - USF Azul)

Ao final da entrevista, profissionais foram questionados sobre o que representou o processo de autoavaliação realizado pelo PMAQ. Alguns profissionais demonstraram descontentamento pela não participação no processo e a forma como esse foi conduzido. Sinalizaram que a autoavaliação não ocorreu em equipe e assim retratou a visão de parte dos profissionais.

"[...] eu não vi isso, não teve participação nossa [...]" (ACS6 - USF Azul)

"Eu fiz o questionário com o Enfermeiro e nós discutimos muita coisa juntos [...]" (D - USF Azul)

"Nós recebemos um questionário bem grande e respondemos aos questionamentos... a orientação que recebemos seria de que o Enfermeiro e Dentista respondessem ao questionário [...]" (E - USF Vermelha)

DISCUSSÃO

A análise dos resultados da entrevista permitiu identificar dificuldades e potencialidades na organização do processo de trabalho orientado pela integralidade, em relação às subdimensões do AMAQ pesquisadas: Educação Permanente e Qualificação das equipes, Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral.

Em relação ao perfil dos profissionais, foi possível apreender que há alta rotatividade de profissionais nas equipes, o que prejudica a continuidade das ações, a aproximação dos profissionais com as famílias e o estabelecimento do vínculo com a comunidade, pela ruptura constante dos contatos entre família-profissional, destacando-se o ACS, que é o principal elo entre a comunidade e a equipe. Algumas pesquisas^{18,19} demonstram que o pivô dessa rotatividade está vinculado aos contratos de trabalho, com poucas garantias de estabilidade e direitos trabalhistas.

Em relação à subdimensão **Educação permanente e qualificação das equipes**, observaram-se dificuldades de entendimento entre termos treinamento, capacitação e educação permanente.

Treinamento, capacitação e educação permanente são termos distintos. Treinamento refere-se a treinar pessoas para execução de serviços, está voltado para técnicas. Capacitação diz respeito à atualização de conhecimentos frente às demandas profissionais e de serviços que se apresentam. E educação permanente representa a aprendizagem no trabalho, realizada, a partir dos problemas reais e concretos identificados no cotidiano do processo de trabalho das equipes, considerando a importância do intercâmbio de conhecimentos e experiência de todos envolvidos para a transformação das práticas de saúde.^{20,21}

Além disso, as falas demonstraram ausência de um programa de educação permanente contínuo, uma vez que quando o profissional diante de um problema sente necessidade de aperfeiçoamento, busca respondê-lo por iniciativa própria. A não construção desse processo entre a equipe pode estar relacionada à expectativa de que este seja de responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Investir em educação permanente propicia a qualificação da equipe, especialmente na APS, que requer o olhar sobre a dinâmica familiar, as múltiplas demandas da comunidade, determinando práticas profissionais orientadas por conhecimentos e habilidades, que transcendem a formação profissional, envolvendo outras áreas de saber, com vista ao alcance de um cuidado integral.^{20,21}

Destarte, observa-se que há necessidade de se criar elos entre integralidade, educação permanente e comprometimento da gestão, visto que são processos interdependentes, especialmente quando se deseja a mudança no processo de trabalho e, conseqüentemente, no modelo assistencial em saúde.

A discussão nessa subdimensão permitiu revelar que há necessidade de se institucionalizar a educação permanente para profissionais, auxiliando na conformação e organização do processo de trabalho na perspectiva da integralidade.

No que tange à outra subdimensão analisada, a **Organização do Processo de trabalho**, o instrumento AMAQ descreve o diagnóstico situacional do território adscrito; ações no território, busca ativa e visita domiciliar permanente e sistemática; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise das necessidades de saúde, avaliação da vulnerabilidade e classificação de risco), atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante jornada de trabalho da equipe, atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado [...] Práticas sistemáticas de monitoramento e análise de resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.¹¹

Correlacionando o que é destacado pelo instrumento AMAQ, em relação ao processo de trabalho nas equipes com a percepção dos profissionais, observou-se que pelo entendimento dos profissionais o processo de trabalho está organizado pela oferta de serviços, estruturado pela agenda de grupos específicos e atividades pontuais. A concepção das práticas e a organização da “agenda” ainda persistem voltadas para procedimentos, atendimentos, alinhados ao modelo assistencial biomédico. A organização do processo de trabalho nesses moldes prejudica a construção de um atendimento integral, ao não incluir na oferta de serviços um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Verificaram-se como dificuldades na organização do processo de trabalho das equipes: a adscrição do território focada na atualização de cadastros; fragilidade nas ações de promoção da saúde; falta de planejamento integrado; monitoramento e avaliação das ações implementadas ainda de forma incipientes.

Especificamente sobre a adscrição do território, a visão dos profissionais se mostrou restrita à atualização de cadastros. A adscrição do território estimula o estabelecimento de vínculo, de responsabilização pela atenção e resolução das necessidades em saúde, o que implica garantir a continuidade das ações.¹¹

Assim, é preciso ir além, trabalhar de forma crítica a informação obtida, por meio dos cadastros, valorizando os aspectos demográficos, de morbidade, sócio sanitário, culturais e econômicos da comunidade adscrita, que viabilizem um diagnóstico situacional, que oriente o processo de trabalho da equipe, de acordo com as necessidades do território.

As falas destacaram ações de prevenção e controle de doenças como palestras para hipertensos e diabéticos, no entanto, ações de promoção de saúde nas equipes estão limitadas, voltadas para orientações e ações coletivas programadas. Para se estruturar ações de promoção da saúde,

é preciso, também, identificar os determinantes de saúde no território de cada equipe (violência, desemprego, saneamento básico, dentre outros), buscando interlocuções com outros setores, estimulando a participação da comunidade, dos conselhos de saúde e em instâncias que fortaleçam sua condição de cidadania e que possibilitem produzir uma atenção à saúde mais alinhada aos problemas locais.²³

Portanto, há necessidade de discussões intraequipe, que se apoiem no diagnóstico situacional, nos indicadores de saúde. Identificam-se aqui os reflexos da carência de um programa de educação permanente nas equipes, onde os profissionais poderiam dialogar, refletir e construir em conjunto conhecimentos e ações sobre os principais problemas de saúde da comunidade identificados, discutindo, inclusive, as balizes na organização do processo de trabalho que os impede de implementar ações de promoção da saúde.

Sobre a questão da resolutividade nos atendimentos de urgências e emergências inseridos na organização do processo de trabalho, os depoimentos apontam que as USF não possuem recursos materiais adequados, conforme preconizado no Instrumento AMAQ. Observa-se, assim, que a capacidade resolutiva está fragilizada e há necessidade de integração e diálogo entre as equipes e a Gestão Municipal de Saúde em relação à falta de estrutura, buscando encontrar soluções. Portanto, o conceito de “muito satisfatório” autoatribuído pelas equipes nessa subdimensão não está coerente com a realidade vivenciada no item atendimento às urgências.

Verifica-se nas falas dos profissionais que o planejamento das ações ainda não é exercido de forma sistematizada e integrada. Identificam-se nos depoimentos dos profissionais as dificuldades presentes no cotidiano de trabalho relacionadas ao planejamento como: insumos (materiais e medicamentos), que ora são superestimados, ocasionando desperdícios e, ora são insuficientes para atender às demandas. Além disso, não há discussão da equipe sobre prioridades de intervenções dos ACS, o que interfere no planejamento adequado de ações e na organização do trabalho da equipe frente às necessidades em saúde da comunidade.

O planejamento, segundo Campos,²⁴ compreende um conjunto de conhecimentos que possibilitam identificar problemas, programar estratégias com envolvimento de todos, discutir objetivos e ações necessárias para alcançar as metas desejadas. Permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos serviços de saúde.²⁴

Observa-se com base no instrumento AMAQ que não é possível organizar o processo de trabalho nos moldes

da integralidade sem o planejamento das ações com envolvimento de todos. No entanto, essa reflexão não foi alcançada pelos membros das equipes. A fragilidade no planejamento em conjunto, sinalizada na autoavaliação AMAQ pelas equipes do município, não está consoante ao conceito autoatribuído nesta subdimensão de “muito satisfatório”.

Tratando-se de monitoramento e avaliação, o depoimento dos participantes sugere que este é ancorado na produtividade, na responsabilidade de um profissional, não sendo utilizado pela equipe para o planejamento das ações da unidade, prejudicando a democratização das relações e a construção em conjunto de um processo de trabalho, que atenda as especificidades locais. Portanto, monitoramento e avaliação não estão alinhados ao que o Instrumento AMAQ orienta, uma vez que preconiza a discussão intraequipe, “do fazer cotidiano”, com o objetivo de “implementar estratégias de intervenção” e redefinir o processo de trabalho para resultados mais satisfatórios, trazendo qualidade aos serviços.¹¹

Como potencialidades identificadas, a partir das falas dos profissionais, para a organização do processo de trabalho, nos moldes da integralidade, observou-se o acolhimento como aproximação do usuário; o desenvolvimento de ações preventivas e promocionais e acompanhamento de grupos de riscos, cujas ações, embora frágeis, sinalizam mudanças, ratificando a transição do modelo assistencial.

Com relação ao acolhimento, entende-se que este se insere em um campo relacional que aproxima o profissional de saúde do usuário, estabelecendo com ele uma relação de confiança e respeito, considerando-o como sujeito portador de desejos e projetos de vida para atendê-lo em suas demandas de saúde.²² Conforme verificado, o acolhimento é uma das atividades propostas para a organização do processo de trabalho no modelo da integralidade. O instrumento AMAQ¹¹ preconiza que esse acolhimento por parte dos profissionais deve ser resolutivo, buscando analisar as necessidades de saúde, a vulnerabilidade e realizar a classificação de risco dos usuários. Percebe-se que o acolhimento realizado pelas equipes estudadas ainda está frágil por se limitar à escuta e orientação dos usuários. No entanto, as falas dos profissionais demonstram que os mesmos buscam acolher o usuário e estabelecer com este uma relação de confiança e vínculo, sinalizando, dessa forma, mudanças na organização do processo de trabalho para os moldes da integralidade.

Verificou-se, também, outra conduta positiva por parte dos profissionais das equipes em relação à organização do processo de trabalho: a realização de visitas domiciliares. Sua importância refere-se à possibilidade de conhecer melhor a comunidade, as condições sociais, culturais e de

saúde das famílias do território, riscos e vulnerabilidade. Permite, ainda, o desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais das equipes, de promoção da saúde e prevenção de doenças e o fortalecimento do vínculo.¹¹ Os profissionais das equipes estudadas apontaram-na como uma conduta necessária e importante, que deve ser programada, conforme contexto do paciente trazido pelos ACS, propiciando maior conhecimento das necessidades dos usuários e estruturação de ações mais adequadas. Dessa forma, observa-se que esse entendimento e conduta mantêm proximidade ao que o instrumento AMAQ preconiza, reforçando a transição do modelo.

Assim, em relação ao discutido nesta subdimensão “Organização do Processo de trabalho”, conclui-se que o grau de desempenho “Muito Satisfatório” autoatribuído pelas equipes não é retratado nos depoimentos e não reflete a realidade destacada pelos profissionais.

Pode-se inferir que as equipes encontram-se em um processo de transição do modelo assistencial, ao guardarem o modo de realizar o cuidado ainda com características do modelo biomédico curativista, fato denotado pela centralidade nas consultas médicas e nos procedimentos curativos. No entanto, ressalta-se que as equipes desenvolvem atividades educativas promocionais e preventivas a grupos específicos de ações programáticas definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, fundamentais para o avanço do modelo orientado pela integralidade. Além disso, o processo de trabalho das equipes responde por alguns princípios preconizados pela SF como: territorialização, adscrição da clientela, cadastramento das famílias, mapeamento, visitas domiciliares, acompanhamento de famílias e grupos de riscos, o que expressa a transição do modelo.

Outra subdimensão analisada foi a **Atenção Integral à Saúde**, que conforme o instrumento AMAQ salienta envolve o acolhimento, tanto da demanda programada quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano [...], por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Compreende uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando, também, o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.¹¹

Em reflexão com os participantes sobre o conceito de atenção integral, emergiram dificuldades como a desarticulação entre os pontos da rede de atenção à saúde (referência, contrarreferência) e contatos intersetoriais prejudicados pela burocracia, resultando na fragmentação da rede de atenção à saúde. O município disponibiliza algumas especialidades, os consórcios realizam alguns atendimentos, mas há dificuldades na garantia do acesso para

os níveis mais complexos da rede.

Referenciar o paciente a partir da Atenção Básica representa dar continuidade às ações e serviços pelos pontos da rede de atenção.³ Os níveis de atenção organizados e articulados propiciam a realização de ações integrais e resolutivas, fortalecendo as redes de atenção à saúde, onde a APS tem a função de coordenação do cuidado.^{3,25,26} Além disso, a articulação entre os setores se torna fundamental e deveria acontecer por mecanismos estabelecidos previamente, facilitando a resolução de problemas, pois ao adotar o conceito ampliado de saúde, vislumbra-se que a integralidade não tem seus limites no setor saúde. Tal organização implica na estruturação de uma política municipal que estimule o intercâmbio e a integração dos saberes profissionais presentes nos vários setores.^{1,27}

Outras dificuldades pontuadas na organização para uma assistência integral foi: a captação de um grupo populacional específico como os adolescentes e a tensão existente entre as demandas dos usuários, suas expectativas de atendimento e o tempo necessário para organização do processo de trabalho.

Essas dificuldades expressas nas falas demonstram a complexidade que envolve organizar o processo de trabalho na perspectiva da integralidade, reforçando a necessidade de discussões intraequipes, implementação da educação permanente, envolvimento da comunidade na programação das ações. Para tanto, se faz necessária a apropriação do planejamento como instrumento que possibilita organizar a unidade e o trabalho frente aos condicionantes sociais da saúde, para a construção de um atendimento integral.

Portanto, pode-se inferir que a organização do trabalho na perspectiva de uma atenção integral ainda é incipiente no contexto das equipes estudadas. Assim, valorizar o resultado da autoavaliação da AMAQ, problematizando os processos de trabalho em construção, pode ser considerado um subsídio importante para induzir a reflexão junto às equipes. Aponta a autoavaliação como estratégia dinamizadora de mudanças, a partir do cotidiano dos serviços e das necessidades da comunidade, além de orientar para novas demandas de educação permanente, o que possibilita, além da qualificação profissional, ganhos de qualidade e resolutividade às ações.

Além disso, verificou-se que a não condução do processo de autoavaliação em equipe feriu a proposta metodológica do instrumento AMAQ, a qual orienta que o processo seja incentivado pela gestão e implementado com o envolvimento de todos profissionais da equipe para estruturação de um plano de ação conjunto e mais adequado.¹¹

Certamente o feedback do processo avaliativo condu-

zido pelo PMAQ potencializa as discussões intraequipe, permite o acompanhamento dos resultados alcançados, a troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais, contribuindo para a reorientação das práticas ajustadas às realidades locais e acompanhamento dos resultados alcançados. Perpassar por tais reflexões é vivenciar os processos imbricados pela avaliação, o que resultará na melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção básica.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu apreender a importância da proposta de autoavaliação do PMAQ como momento de reflexão e discussão sobre o processo de trabalho, além de identificar as necessidades de educação permanente, o que qualifica o trabalho das equipes. Tomar como eixo orientador das reflexões os resultados do instrumento AMAQ foi expressivo, já que são pontuações autoatribuídas, o que possibilita olhar para a avaliação como um processo formativo, construtivo e não apenas punitivo, como a maioria dos processos avaliativos imprime.

No entanto, nas equipes estudadas, este processo foi prejudicado uma vez que não houve envolvimento dos profissionais de forma satisfatória, conforme a proposta de autoavaliação do PMAQ. Os resultados da autoavaliação não foram trabalhados com as equipes, o que possibilitaria avançar na implementação de estratégias de intervenção. Não obstante, o estudo propiciou um momento de reflexão da equipe sobre seus processos de trabalho, emergindo as potencialidades e dificuldades.

Apointou dificuldades na orientação do processo de trabalho pela integralidade destacando-se a falta de um processo de educação permanente, não realização do planejamento coordenado e integrado pela equipe, falta de monitoramento e avaliação das ações; adstrição do território restrita à atualização de cadastros, fragmentação da rede de atenção à saúde (referência, contrarreferência) e burocratização dos contatos intersetoriais.

Essas dificuldades corroboram para que o processo de trabalho das equipes estudadas, mesmo em transição, guarde ainda similaridade com o modelo biomédico-curativista, comprometendo a integralidade da atenção.

Destarte, vale ressaltar que, mesmo em contexto de transição do modelo de atenção e, conseqüentemente, dos processos de trabalho, o Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção (PMAQ) tem imprimido a cultura da avaliação no nível da atenção básica, uma vez que existe a aplicação sistemática de seus instrumentos, sendo necessário avançar para o uso de seus resultados, de modo a tornar tal processo avaliativo de caráter formativo para o cotidiano das equipes. Além do mais, para que tais proces-

ses sejam ainda mais profícuos é necessário que estejam articulados a estratégias de educação permanente e apoio institucional pertinente, ambos aspectos avaliados na segunda fase do PMAQ.

A integração da gestão e das equipes aos objetivos do programa permite o envolvimento de todos na elaboração e implementação de um projeto comum, que busque a integralidade da atenção, o monitoramento das ações propostas com conseqüentes ganhos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Este estudo foi desenvolvido em um município de pequeno porte, com gestão plena da atenção básica, realidade comum na maioria dos municípios brasileiros, por serem de pequeno porte.¹² Portanto, seus resultados poderão ser compartilhados por outros municípios, onde a reorganização do processo de trabalho da SF na perspectiva da integralidade é uma necessidade presente e dinamizadora de melhorias na qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
2. Cunha MLS, Noronha MF. Redes integrais e território: é necessário um elemento organizador da Atenção à Saúde? In: Ferreira SCC, Monken M, (Organizadores). Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 43-72.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. 2009 dez.; 30(4):594-601. Doi: 10.1590/S1983-14472009000400003.
5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R, (Organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2005. p. 39-64.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério habilita novas equipes de Saúde da Família [Internet]. 2012. [Citado 2014 jun. 05]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/ministerio-habilita-novas-equipes-de-saude-da-familia>>.
7. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto - Enferm.* 2011 jun.; 20(2): 263-271. Doi: 10.1590/S0104-07072011000200007.
8. Friedrich DBC, Pieratoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis.* 2006 jul.; 16(1):83-97. Doi: 10.1590/S0103-73312006000100006.
9. Faria HF, Werneck M, Santos MA. *Processo de trabalho em saúde.* 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009.
10. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública.* 2010 maio; 26(5):918-928. Doi: 10.1590/S0102-311X2010000500014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção básica: AMAQ.* Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo Demográfico de 2010: primeiros resultados. População e Domicílios recenseados. Distribuição dos municípios por faixa populacional* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [Citado 2013 jun. 12]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000244.pdf>>.
13. Prefeitura Municipal de Piraúba. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2010-2013.* Piraúba: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
14. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção básica: AMAQ.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
18. Junqueira, TS, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2010 maio; 26(5):918-928.
19. Marqui, ABT, et al. Caracterização das equipes de saúde da família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo,* 2010 dez.; 44(4):956-961.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
21. Farah BF. *A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
22. Franco TB, Merhy EE. *Produção imaginária da demanda.* In: Pinheiro R, Mattos RA, (Organizadores). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p.181-193.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Campos EMS. *A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
25. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais* [Internet]. Belo

Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010 [Citado 2013 ago. 28]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>.

26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

27. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*. 2012; 22(4):1333-1356. Doi: 10.1590/S0103-73312012000400005.

Submissão: maio de 2016

Aprovação: abril de 2017
