

# Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família

*Longitudinality and professional qualification: fundamentals for the performance of family healthcare teams*

Carolina dos Reis Alves<sup>1</sup>, Mariléia Chaves Andrade<sup>2</sup>, Claudio Luis de Souza Santos<sup>3</sup>

**RESUMO** Este artigo tem como objetivo avaliar o desempenho de equipes de saúde da família por meio do monitoramento dos indicadores de saúde contratualizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de estudo transversal, de cunho descritivo e abordagem quantitativa. Os resultados revelam que as equipes com desempenho satisfatório em todos os indicadores e em todos os anos analisados possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do enfermeiro. Demonstram, também, que o tempo influencia diretamente o resultado, já que longitudinalidade e continuidade são atributos específicos da atenção primária construídos e estabelecidos com os usuários, o que favorece o estabelecimento do vínculo do usuário à equipe.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Saúde da mulher. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to evaluate the performance of family health teams by monitoring of health indicators defined by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. It is a cross-sectional and descriptive study of quantitative approach. Results reveal that teams with satisfactory performance in all indicators during the analyzed year have greater deployment time associated with the nurse permanence in the team. They also demonstrate that time influences directly the result since longitudinality and continuity of primary care specific attributes are constructed and established together with users, favoring the creation of a liaison between user and team.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Quality indicators, health care. Women's health. Health management.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) – Montes Claros (MG), Brasil. [carolina.calreis@yahoo.com.br](mailto:carolina.calreis@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) – Montes Claros (MG), Brasil. [andrade.marileia@gmail.com](mailto:andrade.marileia@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Residência Multiprofissional – Montes Claros (MG), Brasil. [claudioluis2612@yahoo.com.br](mailto:claudioluis2612@yahoo.com.br)

## Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atualmente alcança uma cobertura de mais da metade da população brasileira, cumprindo a função de coordenadora da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a qualidade da assistência e a resolubilidade das ações da ESF assumiram um papel central nas políticas públicas de saúde, em que o Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz a execução de gestão pública baseada no monitoramento e avaliação de processos com resultados mensuráveis (BRASIL, 2012).

A atuação da ESF é decisiva, já que a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente o perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil, diminuição das internações e na menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo, com a garantia do acesso, qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011D; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e das expectativas e padrão de satisfação dos usuários, com o intuito de aumentar a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011A; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1.654/2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de qualificar a Atenção Básica (AB) de saúde por meio de padrões de qualidade comparáveis nacional, regional e localmente, o que repercutirá em maior efetividade dos serviços de saúde, bem como na maior transparência das ações governamentais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011A).

O PMAQ-AB propõe o desenvolvimento de diversas ações, sendo organizado em quatro fases inter-relacionadas que formam um ciclo contínuo de melhoria de acesso e qualidade por meio da adesão das equipes e contratualização de compromissos e indicadores; desenvolvimento com realização de monitoramento de indicadores; implantação de processos autoavaliativos; educação permanente e apoio institucional; avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011D).

Ao final desse processo, é possível reconhecer o resultado de cada equipe participante, bem como avaliar a qualidade dos serviços prestados à população (CALVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015).

Dessa forma, pode-se executar gestão pública baseada na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados por meio do acompanhamento dos indicadores de desempenho e de monitoramento. Tais indicadores abrangem focos estratégicos da AB – pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis- vinculados a programas do Ministério da Saúde que propiciam sinergia entre o PMAQ-AB e as prioridades pactuadas pelas esferas de governo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011D).

Dentre os focos estratégicos da AB pactuados no PMAQ-AB destaca-se à área de saúde da mulher, em que os indicadores de desempenho estabelecidos estão em consonância com a estratégia Rede Cegonha, que objetiva organizar a atenção à saúde materno-infantil por meio de uma rede de cuidados que assegurem o direito sexual e reprodutivo, bem como a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, provendo o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011C; BRASIL, 2011B).

A Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes – Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico. O Componente Pré-Natal apresenta vinculação direta, com as ações realizadas pelas equipes da ESF, como a captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados; qualificação do sistema e da gestão da informação; programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011C; BRASIL, 2011B).

Vale destacar que a qualidade da assistência prestada no período gestacional repercute na morbimortalidade materna, fetal, neonatal e infantil e, por essa razão, a área de saúde da mulher merece atenção especial, considerando os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil. Tais indicadores vão além do compromisso internacional assumido pelo Brasil, do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e da efetiva implementação das metas do Pacto pela Vida e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011C; BRASIL, 2011B). Outro aspecto que contribui para a efetivação da AB como redutora das doenças sensíveis parte-se da premissa que a longitunidade e a formação profissional influenciam diretamente na qualidade da assistência.

Sendo assim, este estudo tem como objetivos avaliar o desempenho de equipes de ESF do município de Montes Claros, MG, por meio do monitoramento dos indicadores de saúde da mulher e do padrão de qualidade contratualizados no PMAQ-AB.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, de cunho descritivo, com abordagem

quantitativa, realizada com as equipes de ESF participantes do primeiro ciclo de vigência do PMAQ-AB (2011-2012) no município de Montes Claros, norte de Estado de Minas Gerais.

Fizeram parte do estudo 17 equipes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: equipes de ESF que aderiram ao PMAQ-AB no primeiro ciclo de vigência 2011-2012 e apresentaram bases de dados atualizadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) eletrônico referente ao período de 2010 a 2012.

Na coleta dos dados secundários, utilizaram-se os indicadores de desempenho de qualidade da assistência na área estratégica saúde da mulher no foco pré-natal, distribuídos em (1) Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; (2) Proporção de gestantes com o pré-natal em dia; e (3) Proporção de gestantes com vacina em dia. Em seguida, a média aritmética simples do indicador foi calculada com base nos resultados de cada equipe.

Também coletaram-se informações sobre o tempo de implantação da equipe, a capacitação em nível de pós-graduação na área de saúde da família e o tempo de permanência do profissional enfermeiro e médico, no período de 2010 a 2012, obtidas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e com os sujeitos do estudo.

A análise dos dados foi guiada à luz da epidemiologia descritiva, apresentando-se os achados por meio de frequências e medidas de tendência central, além da análise descritiva, com o objetivo de verificar a tendência dos indicadores de melhora ou piora com a ocorrência de mudanças em relação ao tempo de implantação, tempo de permanência do profissional médico e enfermeiro.

Os resultados obtidos pelas equipes, no período avaliado pela série histórica, foram comparados com os respectivos parâmetros mínimos estabelecidos pelo PMAQ-AB/Ministério da Saúde. Os indicadores também foram relacionados com a média aritmética

observada entre as equipes do seu respectivo estrato de municípios, ressaltando-se que Montes Claros se enquadra no Estrato Cinco de critérios de estratificação para comparação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

O estrato no PMAQ-AB refere-se ao conjunto de municípios agregados entre si por suas realidades socioeconômicas e demográficas, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de AB durante o processo de certificação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo parecer número 126.227/2012 e com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para obtenção dos dados após a assinatura do termo de concordância e autorização dos sujeitos do estudo e do termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

O resultado do indicador ‘Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º

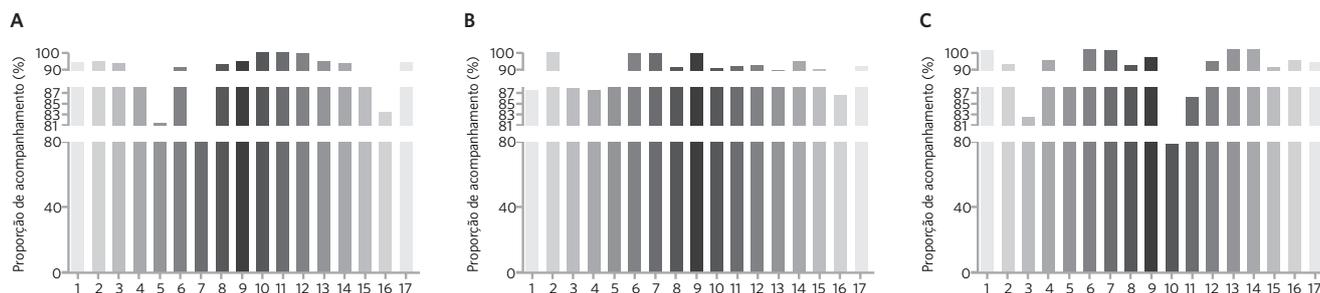
trimestre’ foi calculado utilizando-se os dados do Siab, por equipe, sendo as faixas de pontuação estabelecidas conforme o parâmetro nacional definido de 80%.

O parâmetro de 80% ou mais de cobertura para esse indicador considerou a relevância da captação precoce das gestantes para início oportuno do pré-natal, principalmente no contexto de implantação da Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

Esse percentual de 80% adotou como base a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, que constatou que o início precoce do acompanhamento de Pré-Natal ocorreu, em nível nacional, em 83,6% dos casos, com variações estaduais com melhor captação na região Sul (87,6%) e no Centro-Oeste (87,1%), e pior cobertura na região Norte (25%) (BRASIL, 2013).

O desempenho geral das 17 equipes estudadas em relação a esse indicador é apresentado na *figura 1*, que relaciona o desempenho entre as equipes nos anos de 2010 a 2012 ao parâmetro nacional estabelecido pelo PMAQ-AB de 80%, bem como às médias de 87,9% do estrato municipal.

Figura 1. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. Montes Claros (MG), 2012



Fonte: Base de dados PMAQ (2012).

Nota: As figuras 1A, 1B e 1C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (80%) e o parâmetro municipal (87,9%).

A *figura 1A* evidencia que, no ano de 2010, somente a equipe 7 não alcançou o parâmetro nacional, apesar de as equipes 5 e 16 estarem abaixo da média do estrato municipal. No ano de 2011, a *figura 1B* ilustra uma melhoria no cumprimento desse indicador, quando todas as equipes alcançaram o parâmetro nacional e apenas três equipes (1, 4, 16) não alcançaram a média municipal, destacando-se o fato que a equipe 16 permaneceu por dois anos consecutivos sem alcançar a média municipal.

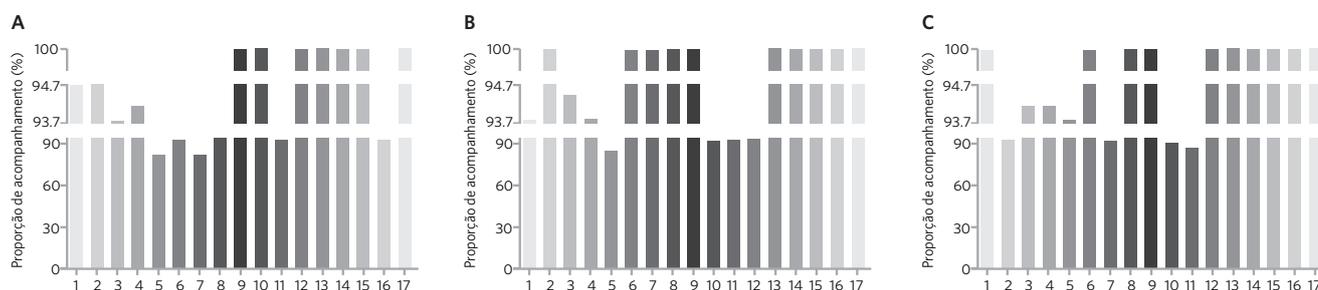
No ano de 2012, todas as equipes tiveram captação das gestantes em mais de 80% (*figura 1C*), com exceção da equipe 10. Mas, quando comparada à média das equipes municipais (87,9%), ocorreu uma piora do desempenho das equipes 3, 5, 10 e 11, revelando-se que, mesmo dentro dos parâmetros esperados nacionalmente, tiveram uma queda em relação aos anos anteriores.

Quanto ao indicador gestantes que iniciaram pré-natal no primeiro trimestre,

nove equipes (2, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 17), representando 52,9% das equipes pesquisadas, mantiveram o cumprimento das metas tanto no parâmetro nacional como na média municipal durante os anos estudados, demonstrando constância de ações em prol da manutenção da qualidade em saúde da mulher. Entretanto, a equipe 2, mesmo permanecendo dentro dos parâmetros, sofreu piora no indicador, enquanto as equipes 6 e 12 apresentaram melhora.

O indicador de desempenho da qualidade da assistência, – ‘Proporção de gestantes com o pré-natal em dia’, foi calculado utilizando-se os dados do Siab, com o parâmetro nacional mínimo de 93,3% e média aritmética observada entre as equipes do respectivo estrato municipal de 94,7%. Esse indicador possibilita conhecer a cobertura de gestantes com pré-natal pela avaliação da adesão e regularidade ao acompanhamento, como ilustrado na *figura 2*, da série histórica 2010-2012.

Figura 2. Proporção de gestantes com pré-natal em dia. Montes Claros (MG), 2012



Fonte: Base de dados PMAQ (2012).

Nota: As figuras 2A, 2B e 2C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (93,3%) e o parâmetro municipal (94,7%).

No ano de 2010 (*figura 2A*), seis equipes não alcançaram o parâmetro nacional (5, 6, 7, 8, 11 e 16). Já com relação à média municipal, houve desempenho insatisfatório em um número maior de equipes, totalizando oito equipes (3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 16).

No ano de 2011, representado pela *figura 2B*, houve manutenção de desempenho insatisfatório nas equipes 5 e 11 e piora da performance nas equipes 10 e 12, em relação ao parâmetro nacional; com relação à média municipal de cobertura desse indicador, sete equipes apresentaram piora da eficiência das ações.

A *figura 2C* revelou que quatro equipes não alcançaram o desempenho nacional, embora apenas a equipe 11 tenha mantido resultado insatisfatório. No que diz respeito à média municipal, o número de equipes com desempenho inadequado permaneceu em sete equipes (2, 3, 4, 5, 7, 10, 11), das quais quatro mantiveram a ineficiência de resultados durante o período (3, 4, 5 e 11).

Quanto a desempenho adequado, pode-se destacar que cinco equipes (9, 13, 14, 15 e 17) mantiveram resultado eficaz, com indicador de acompanhamento de pré-natal acima do parâmetro nacional e média municipal em todos os anos pesquisados, perfazendo 29,4%

das equipes no indicador avaliado.

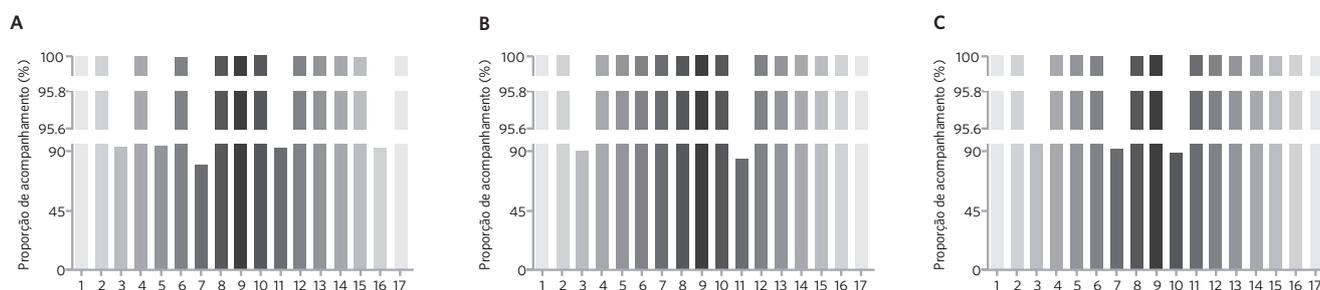
O indicador de ‘Proporção de gestantes com vacina em dia’ representa a proteção contra o tétano no território da equipe. O tétano é uma doença transmissível, aguda, com alta letalidade, não contagiosa e imunoprevenível, e a gestante com esquema vacinal ausente ou incompleto, exposta ao *Clostridium tetani*, pode contrair o tétano acidental e acometer o recém-nascido com o tétano neonatal (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) e o PMAQ-AB consideram ideal a meta mínima de 95% de cobertura vacinal esperada para a maioria das vacinas do calendário básico administradas na rede pública (BRASIL, 2013).

A média municipal de 95,8% foi definida a partir das médias observadas nos resultados calculados a partir dos dados do Siab para o estrato municipal das equipes participantes.

No que tange a esse indicador, o ano de 2010, ilustrado na *figura 3A*, demonstrou o pior desempenho em um número maior de equipes (3, 5, 7, 11, 16) que não conseguiram alcançar nem o parâmetro de desempenho nacional (que é de 95%) nem a média municipal de 95,8%, quando comparado aos anos de 2011 e 2012 (*figuras 3B e 3C*).

Figura 3. Proporção de gestantes com vacinas em dia. Montes Claros (MG), 2012



Fonte: Base de dados PMAQ (2012).

Nota: As figuras 3A, 3B e 3C ilustram os resultados alcançados pelas equipes participantes na série histórica (2010-2012) em relação ao parâmetro nacional (95%) e o parâmetro municipal (95,8%).

As equipes estudadas quanto à proporção de gestantes com vacinas em dia, no ano 2012, alcançaram resultados acima da média municipal pactuada na maioria das equipes, com exceção apenas da equipe 3, que não obteve resultado adequado em nenhum ano estudado.

Este estudo verificou que as equipes com desempenho satisfatório, acima do

parâmetro e da média municipal em todos os indicadores e em todos os anos pesquisados, conforme *quadro 1*, possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do profissional enfermeiro, com período superior a dois anos e, também apresentam melhor classificação no processo de certificação das equipes.

Quadro 1. Características das equipes com desempenho satisfatório. Montes Claros (MG), 2012

N.	Certificação PMAQ	Ano / tempo de implantação	Formação enfermeiro	Tempo do enfermeiro na equipe	Quantidade de médico na equipe 2010-2012
17	Muito acima da média	2002 / 8 anos	Residência	6 anos	4 médicos
9	Acima da média	2007 / 3 anos	Residência	3 anos	3 médicos
13	Acima da média	2004 / 6 anos	Residência	2 anos	4 médicos
15	Acima da média	2004 / 6 anos	Residência	2 anos	8 médicos
14	Acima da média	2002 / 8 anos	Especialização	2 anos	2 médicos

Fonte: Elaboração própria.

N - Número da equipe conforme as *figuras 1, 2 e 3*.

Quadro 2. Características das equipes com desempenho insatisfatório. Montes Claros (MG), 2012

N.	Certificação PMAQ	Ano / tempo de implantação	Formação enfermeiro	Quantidade de enfermeiro na equipe 2010-2012	Quantidade de médico na equipe 2010-2012
5	Mediano	2009 / 1 anos	Especialização	4	2 médicos
3	Acima da média	2002 / 8 anos	Especialização	3	3 médicos
10	Acima da média	2007 / 3 anos	Especialização - 3 Residência - 1	4	3 médicos
11	Acima da média	2007 / 3 anos	Especialização - 3 Residência - 1	4	3 médicos
7	Acima da média	2008 / 2 anos	Especialização - 2 Residência - 1	3	2 médicos

Fonte: Elaboração própria.

N - Número da equipe conforme as *figuras 1, 2 e 3*.

Outro aspecto constatado foi a qualificação do profissional enfermeiro, que influenciou no resultado, já que as equipes em que os profissionais enfermeiros possuem residência multiprofissional em saúde da família apresentaram melhor desempenho no cumprimento dos indicadores associado

diretamente ao tempo de permanência na equipe estudada, dado comprovado pelo próprio instrumento do PMAQ-AB. Em contrapartida, nas equipes com desempenho insatisfatório, houve uma maior rotatividade do profissional enfermeiro, como demonstra o *quadro 2*.

Vale destacar que, tanto nas equipes com desempenho satisfatório como naquelas com desempenho insatisfatório, houve rotatividade do profissional médico, sendo que este não permaneceu em nenhuma equipe por tempo superior a um ano, embora se tenha constatado que esse fator não influenciou o resultado final dos indicadores.

## Discussão

A maioria das equipes pesquisadas (52,9%) apresentou resultado satisfatório em relação ao indicador 'Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre', demonstrando captação oportuna de gestantes no início do pré-natal, fator essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada em condições que causam vulnerabilidade à saúde da gestante e consequentemente da criança (BRASIL, 2012).

O alcance a esse indicador representa o compromisso na busca constante da melhoria, visto que a captação tardia significa a perda de oportunidade de identificação e tratamento oportuno de intercorrências gestacionais, repercutindo na saúde materna e fetal, motivo pelo qual é extremamente necessária a captação precoce de gestantes (BRASIL, 2012).

O início do pré-natal no primeiro trimestre é de grande importância para os cuidados necessários e satisfatórios com a gestante, uma vez que permite o diagnóstico precoce de alterações com intervenção oportuna sobre as vulnerabilidades e risco detectados, resultando em mais segurança para a mãe e o bebê (BRASIL, 2011D).

Acerca do indicador de desempenho da qualidade da assistência, 'Proporção de gestantes com o pré-natal em dia', verificou-se que, nos anos pesquisados (2010 a 2012), apenas cinco equipes (29,4%) mantiveram resultado eficaz, com cumprimento do indicador acima do parâmetro nacional e com média municipal, o que se constitui em fator

preocupante, visto que 70% das equipes pesquisadas não mantiveram acompanhamento contínuo de pré-natal.

Nesse sentido, faz-se necessário que as equipes da ESF promovam ações de divulgação dos programas de pré-natal e realizem busca ativa das gestantes faltosas, pois, com o acompanhamento contínuo das gestantes, é possível detectar precocemente riscos maternos ou neonatais, minimizar intercorrências, bem como evitar a ocorrência de sequelas irreversíveis que venham a afetar o binômio mãe-bebê (WACHHOLZ, 2016).

Em relação ao indicador 'Proporção de gestantes com vacinas em dia', observou-se que a maioria das equipes cumpriu com os parâmetros estabelecidos, o que demonstra uma cobertura vacinal satisfatória e a proteção contra doenças imunopreveníveis.

Este estudo verificou que as equipes com desempenho satisfatório, acima do parâmetro e da média municipal, em todos os indicadores e anos estudados, possuem maior tempo de implantação associado ao tempo de permanência do profissional enfermeiro, com período superior a dois anos, demonstrando que o tempo influencia diretamente o resultado, pois os laços afetivos são construídos e estabelecidos com os usuários no fazer cotidiano, permitindo melhor assistência e favorecendo a constituição da integralidade por meio de maior adesão da população ao desenvolvimento das ações de saúde (SILVA ET AL., 2008; VIEGAS; PENNA, 2012).

O vínculo representa a relação interpessoal entre usuário-profissional, construída ao longo do tempo e caracterizada por confiança e responsabilidade, sendo um recurso terapêutico pensado em três dimensões: afetividade, relação terapêutica e continuidade (VIEGAS; PENNA, 2012; SILVA ET AL., 2008).

A rotatividade dos profissionais compromete o vínculo com a população, aliado à perda da continuidade das ações, criando obstáculos na implementação dos pilares que alicerçam a integralidade na saúde da família – o respeito, a confiança, o compromisso,

trabalho em equipe e a corresponsabilidade no acompanhamento das famílias –, e influenciando na qualidade da assistência (GARCIA *ET AL.*, 2014; VIEGAS; PENNA, 2012).

O estudo realizado por Seidl *et al.* (2014), que utilizaram o banco de dados da certificação do PMAQ-AB ciclo I, disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) revelou baixo tempo de atuação dos profissionais médicos e enfermeiros, dos quais 56,7% (n= 9.705) tinham menos de dois anos de atuação na mesma equipe, revelando a alta rotatividade que compromete a efetividade da AB e prejudica o cuidado.

Em relação ao cumprimento e alcance dos parâmetros, o estudo de Mendonça *et al.* (2010) destacou que a rotatividade está relacionada à baixa remuneração, condições de trabalho precárias, progressão profissional com inexistência de plano de cargo, carreira e salário, além da ausência de formação previa compatível com as diretrizes da estratégia saúde da família, o que ocasiona baixo comprometimento profissional.

É válido enfatizar que, neste estudo, a qualificação do profissional enfermeiro influencia no alcance dos indicadores, já que as equipes em que os profissionais enfermeiros possuem residência multiprofissional em saúde da família apresentaram melhor desempenho no cumprimento dos indicadores. Tal realidade revela que o processo de qualificação profissional constitui-se em instrumento de gestão do processo de trabalho, o qual permite o estreitamento da relação educação-saúde e aproxima o profissional da realidade complexa das comunidades, diretamente associada ao tempo de permanência na equipe estudada, em que o profissional coordena o fazer cotidiano, podendo implementar as ferramentas de abordagem familiar. Reitera-se, portanto, que nas equipes com desempenho insatisfatório, houve maior rotatividade do profissional enfermeiro, o que fragiliza o processo de trabalho em equipe.

O profissional enfermeiro exerce

atribuição específica na equipe, que é a de ser o coordenador do processo de trabalho, influenciando diretamente o fazer de todos os componentes, bem como impactando, de forma direta, os indicadores de saúde e o desempenho da equipe.

A rotatividade dos profissionais médicos no período examinado não estabeleceu relação com o desempenho da equipe no cumprimento dos indicadores, apesar de a assistência prestada à mulher no período gravídico poder ser realizada tanto pelo profissional médico como pelo enfermeiro.

## Considerações finais

Os resultados convergem no sentido de confirmar que a longitudinalidade do cuidado, associada à formação em residência em saúde da família do enfermeiro, implica em melhor desempenho no cumprimento dos padrões pactuados na avaliação do PMAQ-AB, no que se refere ao indicador em saúde da mulher, contribuindo para a consolidação de melhoria da qualidade da assistência do binômio mãe-filho.

As equipes com desempenho satisfatório em todos os indicadores apresentaram relação direta com os atributos da atenção primária, podendo-se inferir que a longitudinalidade e a continuidade do cuidado resultam na formação de vínculos efetivos por meio de relações estreitas profissional-usuário, pautadas na confiança, na coparticipação para a construção do projeto terapêutico singular, a partir do qual o cliente torna-se ator do processo de cuidado, impactando diretamente a morbimortalidade por causas sensíveis à atenção primária.

Outro aspecto observado diz respeito ao tempo de permanência do profissional enfermeiro na mesma equipe; equipes em que esse profissional tinha maior tempo de contato com a comunidade alcançaram padrão de qualidade acima da média, em todos os indicadores pesquisados, se

comparados aos parâmetros nacional, estadual e municipal.

O profissional enfermeiro em geral é o responsável pela gestão da AB e, conseqüentemente, o gestor do cuidado por meio do estabelecimento de relações próximas e contatos continuados, o que fortalece o vínculo, permitindo atenção integral e integrada do ser humano

inserido e compreendido no contexto biopsicossocial.

## Colaboradores

Os três autores responsabilizaram-se pela concepção e elaboração do artigo, incluindo o processamento e análise dos dados. ■

---

## Referências

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*, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/2581/portarias>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_21606044\\_PORTARIA\\_N\\_1459\\_DE\\_24\\_DE\\_JUNHO\\_DE\\_2011.aspx](http://www.lex.com.br/doc_21606044_PORTARIA_N_1459_DE_24_DE_JUNHO_DE_2011.aspx)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011. *Diário Oficial [da] União*, Brasília (DF), 2011c. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-Ed\\_Permanente/Oficina\\_02/Portaria\\_GM\\_MS\\_650.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-Ed_Permanente/Oficina_02/Portaria_GM_MS_650.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. *Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica: Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Banco de Dados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): Material instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do SUS: Temático Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana, 2008.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 221-236, 2014.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

SEIDL, H. M. F. *et al.* Gestão do Trabalho na Atenção Básica em Saúde: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, 2014.

SILVA, R. V. B. *et al.* Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R. P.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPSC, 2008. p. 77-92.

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

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

WACHHOLZ, V. A. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-7, 2016.

---

Recebido para publicação em março de 2016  
Versão final em outubro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve