



ciência plural

MODELO LÓGICO PARA OS CICLOS DE MELHORIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Logical model to improvement cycles of the family health strategy

Modelo logico para los ciclos de mejora de la estrategia de salud familiar

Flávia Christiane de Azevedo Machado • Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN • Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva •
E-mail: flavitamachado@yahoo.com.br

Iramara Lima Ribeiro • UFRN • Sanitarista • E-mail: iramara.ribeiro@ufrn.br

Camila Alves dos Santos • Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte •
Enfermeira • E-mail: camilalvesantos@gmail.com

Ricardo Henrique Vieira Melo • Secretaria Municipal de Saúde de Natal •
Cirurgião Dentista • E-mail: ricardohvm@gmail.com

Bianca Cristina Dantas da Silva • UFRN • Graduanda em Odontologia •
E-mail: biancacrstinadantas@yahoo.com

Maria Wégila Félix Gomes • UFRN • Graduanda em Odontologia •
E-mail: wegilafelix_8@hotmail.com

Autora correspondente:

Flávia Christiane de Azevedo Machado • E-mail: flavitamachado@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: Em saúde pública deve-se considerar dados epidemiológicos e métodos de avaliação da assistência com o intuito de promover melhoria. Nesta perspectiva, há os modelos lógicos que associam atividades, entradas de recursos, saídas de produtos e resultados. **Objetivo:** Construir um modelo lógico ilustrativo do funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família e validar o seu conteúdo. **Metodologia:** Foi realizada revisão de literatura, observação participante e conversa com informantes-chave. Ademais, houve validação do conteúdo por profissionais atuantes na Unidade de Saúde da Família em uma roda de conversa. **Resultados:** Elaborou-se cinco dimensões (Gestão do Trabalho, Atividades não assistenciais, Atividades assistenciais, Educação permanente continuada e Atividades docentes assistenciais) relacionadas à missão e aos elementos de recursos (físicos, informação, parcerias e financeiros), caracterizando, assim, o modelo. **Conclusões:** Os impactos alcançados com a aplicação do modelo remetem a critérios de qualidade (legitimidade, empoderamento e resolutividade); ao modelo assistencial instituído (vigilância à saúde); a características do próprio modelo (Clínica ampliada, intersectorialidade, ações multiprofissionais), além da motivação profissional. Todavia, embora validado por Unidade de Saúde da Família específica, o modelo orienta-se por uma Política Nacional, podendo contribuir para outras Unidades de Saúde da Família de diferentes localidades.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In public health, in order to improve quality, epidemiological data and methods for evaluation of care should be considered. Logical models that associate activities, expenditure of resources, output of products, and results can be a useful assessment tool. **Objective:** To design and validate a logical model representing the operation of a Family Healthcare Unit. **Methodology:** A literature review was initially performed, followed by participant observation and conversation with key informants. In addition, model was validated by professionals working at the Family Healthcare Unit (FHU) in a conversation roundtable. **Results:** Five dimensions were conceived: Work management; Noncare-related activities; Care-related activities; Permanent education; and In-service teaching, which relate to the mission of the service and the relevant resources (physical, information, partnerships and financial), thus constituting the model. **Conclusions:** The impacts achieved with the application of the model concern the quality criteria (legitimacy, empowerment and problem-solving capacity); the instituted healthcare model (active surveillance); features of the model itself (extended clinic, intersectoriality, multiprofessional actions); as well as professional motivation. Although the model was validated only in a local Health Center, it follows a National Policy and may contribute to quality improvement of other Health Centers from different areas.

Keywords: Family Healthcare Strategy; Public Health Administration; Healthcare Evaluation Mechanisms; Healthcare Services Research.

RESUMEN

Introducción: En salud pública, se deben considerar los datos epidemiológicos y los métodos de evaluación de la atención para promover la mejora. En esta perspectiva, existen modelos lógicos que asocian actividades, insumos de recursos, productos y resultados. **Objetivo:** Construir un modelo lógico que ilustre el funcionamiento de una unidad de salud familiar y validar su contenido. **Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura, observación participante y conversación con informantes clave. Además, el contenido fue validado por profesionales que trabajan en la Unidad de Salud Familiar (FHU) en un círculo de conversación. **Resultados:** Se elaboraron cinco dimensiones (gestión del trabajo, actividades de no asistencia, actividades de asistencia, educación continua y actividades de asistencia a la enseñanza) relacionadas con la misión y los elementos de los recursos (físicos, de información, asociaciones y financieros), caracterizando, así, la modelo. **Conclusiones:** Los impactos logrados con la aplicación del modelo se refieren a criterios de calidad (legitimidad, empoderamiento y resolución); el modelo de atención establecido (vigilancia de la salud); las características del modelo en sí (clínica ampliada, intersectorialidad, acciones multiprofesionales), además de la motivación profesional. Sin embargo, aunque validado por una Centro de Salud específica, el modelo está guiado por una Política Nacional y puede contribuir a otras Centros de Salud em diferentes ubicaciones.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar; Administración en Salud Pública; Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, buscando promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde¹. Para tanto, o SUS deve disponibilizar à população acesso aos três níveis de atenção (promoção, proteção e recuperação da saúde), mediante a articulação de serviços dos três níveis de complexidade da assistência (atenção básica, secundária e terciária).

Nesse ínterim, dentre os níveis de complexidade da assistência, destaca-se a Atenção Básica (AB) em meio à sua atribuição de desenvolver ações de saúde individuais, familiares e coletivas de promoção, proteção e recuperação, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. A AB tem a complexa atribuição de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Nesse contexto, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, com o objetivo de romper o paradigma biologicista, e deslocar o eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral a pessoas inseridas em seu contexto familiar e comunitário².

Concernente a isso, as Unidades Básicas de Saúde foram o primeiro nível de assistência selecionado pelo Governo Federal do Brasil para iniciar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Tal programa objetivou ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, com impacto nas formas de gestão, atenção prestada em saúde e aprimoramento da política de saúde, além de contribuir financeiramente com municípios que atingissem melhorias no padrão de qualidade das equipes da AB. Para tanto, o PMAQ propõem uma avaliação periódica, com vistas à premiação das Unidades Básicas de Saúde que apresentarem resultados satisfatórios, garantindo incentivos financeiros e certificação de qualidade da assistência prestada³.

Neste sentido, o processo instituinte de uma cultura avaliativa nos serviços de saúde é essencial, de forma a desmistificar os ciclos de melhoria, e tornar as atividades típicas dos programas de gestão da qualidade (ciclos de melhoria, monitoramento e

planejamento da qualidade) corriqueiras aos profissionais atuantes na Rede de Atenção à Saúde⁴. Desta forma, oportunidades de melhoria são identificadas e o processo de qualificação contínua é instituído⁵.

É válido ressaltar que os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade variam em conformidade a evolução do conhecimento e a dinâmica social. A concepção de qualidade depende da percepção do sujeito de acordo com sua posição no sistema de saúde. Assim, gestores tendem a focalizar a sua atenção em rendimento, custo e eficiência; os profissionais de saúde focam na satisfação pessoal, no reconhecimento profissional, na excelência técnica, no acesso à tecnologia, no aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde, no bom ambiente de trabalho. Por sua vez, os usuários desejam os benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. Independente da concepção, a qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil⁶.

Considerando essa análise, alguns dos princípios da melhoria contínua da qualidade são: prioridade para a qualidade definida a partir do ponto de vista do usuário; participação de todos os profissionais da equipe; ausência de limitações e entraves externos à atuação da equipe; ser uma atividade desenvolvida no âmbito interno do serviço; buscar prevenir os erros por meio de correções com foco prioritário nos processos de trabalho; ter o apoio e o compromisso das chefias ou dos níveis hierárquicos superiores da gerência com o esforço das equipes⁷.

Consonante a isso, os modelos atuam como uma normativa de como idealmente seria o funcionamento de uma política, programa ou serviço, a partir dos seus elementos estruturais (recursos, atividades, resultados e produtos) facilitando a identificação visual de pontos de melhoria em que seria pertinente instituir processos de monitoramento.

Portanto, o modelo lógico permite, a partir da instituição de um processo avaliativo, subsidiar um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, de modo a facilitar o desenvolvimento de estratégia de melhoria de aspectos não satisfatórios⁶. Assim, podem ser utilizados para: planejamento

estratégico e desenvolvimento de uma política, programa, projeto ou serviço; comunicações eficazes – permitem que se forneça uma imagem rápida da política, programa, projeto ou serviço e os resultados desejados aos investidores, à equipe de trabalho, aos políticos, aos meios de comunicação social, ou a outros colegas –; planejamento da avaliação – fornecem uma estrutura de base para uma avaliação, ao identificar os resultados esperados baseados no desenho da política, programa, projeto ou serviço e coloca esses resultados de um modo mensurável; aprendizagem e melhoria contínua, fornecem um ponto de referência, através do qual os progressos alcançados na obtenção dos resultados desejados podem ser continuamente mensurados⁸.

Considerando os aspectos supracitados, justifica-se a realização desse estudo, o qual objetivou construir um modelo lógico ilustrativo do funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família e validar o seu conteúdo.

Metodologia

Trata-se de um estudo metodológico que visa à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa⁹. No caso, o modelo lógico foi a ferramenta construída e validada utilizando técnicas de abordagem qualitativa.

O processo de construção do modelo foi definido a partir da aplicação da Técnica da Estimativa Rápida¹⁰ no contexto de uma disciplina de integração ensino-serviço-comunidade chamada Saúde e Cidadania II. Assim, foram utilizadas as estratégias da observação participante, conversa com informantes-chave e análise de dados. Dessa forma, a observação participante ocorreu com a inserção de um grupo de estudantes, professores e sanitarista de uma Universidade Pública Federal no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família de Natal/RN por 12 semanas no segundo semestre de 2018, com intuito de identificar um ponto de melhoria e desenvolver uma intervenção. Logo, esses atores acompanharam os processos de trabalho típicos da Atenção Primária à Saúde: consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, agendamento de consultas, alimentação de dados em Sistemas de

Informação em Saúde. Além disto, procederam a conversas individuais com profissionais de saúde atuantes na referida Unidade de Saúde da Família e usuários, e uma análise dos relatórios produzidos pelo sistema de informação eletrônico e-SUS AB. Por fim, em roda de conversa com os profissionais atuantes na USF, esses colocaram a dificuldade em utilizar as informações geradas nos relatórios do E-SUS para orientar processos de trabalho rotineiros desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde. Ressalte-se que as três equipes atuantes na Unidade de Saúde participaram da roda.

Assim sendo, a partir dessas estratégias típicas da Técnica da Estimativa Rápida¹⁰, o ponto de melhoria identificado foi intervir nas atividades de avaliação em saúde. Especificamente, foi definida a construção de um modelo lógico que pudesse ilustrar os processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde e assim, subsidiar a identificação de pontos de melhoria no serviço. Então, para orientar a construção do modelo lógico, primeiramente, foi realizada uma revisão narrativa de literatura tendo como fontes principais: a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB², Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal¹¹ e artigos científicos que abordavam a temática de avaliação de Unidades de Saúde da Família (USF) para identificar os processos de trabalho característicos das USF. Para tanto, a pergunta norteadora foi: *Quais são os processos de trabalho que devem ser realizados por uma Unidade de Saúde da Família? Quais são os resultados esperados? Quais os recursos necessários para este fim?*

Vale salientar que não existe uma maneira certa de construir um modelo lógico, na literatura existem muitas abordagens e o modelo lógico pode assumir muitas formas. Um modelo típico utiliza apenas quatro categorias – inputs, atividades, resultados a curto-prazo e resultados a longo prazo¹². Os modelos lógicos não são rígidos nos seus elementos. Esses, de um modo geral, são fluxogramas que apresentam uma sequência de passos lógicos na implementação do programa e na obtenção dos resultados desejados. Além desta flexibilidade, onde não existe apenas um modelo correto e onde as componentes podem variar, o modelo lógico também não é algo estático, onde a reformulação contínua faz parte do próprio processo de desenvolvimento e de avaliação do programa de intervenção¹².

De um modo geral, há perguntas que podem orientar a construção do modelo (1- Que problema ou situação problemática gerou a necessidade de criação/implantação do serviço? / 2- Qual o público-alvo do serviço? / 3- Qual a finalidade do serviço em questão? / 4-Quais atividades desenvolvem para este fim? Que produtos espera-se obter com a realização das atividades? / 5- De que estrutura o serviço precisa para funcionar? / 6- Que resultados o serviço pretende alcançar? 7- Que fatores podem influenciar o alcance desses resultados?) segundo Samico et al (2010)¹³. No caso, essas perguntas foram utilizadas no presente estudo e, conforme orientação de Samico et al (2010)¹³, após responde-las, procedeu-se a diagramação do funcionamento esperado do serviço mediante o esboço de um modelo lógico a partir dos elementos: componentes, recursos, atividades, produtos, resultado e impacto.

Finalizada a construção do modelo, procedeu-se a validação de conteúdo. A validação ocorreu em uma roda de conversa com a presença de profissionais atuantes na ESF tal qual preconizado por Furtado (2001)¹⁴. O modelo foi apresentado com auxílio de papel madeira e tarjetas coladas para que houvesse possibilidade de modificações em tempo real às observações colocadas pelos profissionais. Realizou-se uma avaliação da consistência do modelo para verificar a existência de uma relação lógica entre seus elementos. Assim, os profissionais participantes iam verificando da direita para a esquerda, a coerência do modelo, verificando haver uma ordem lógica na ligação entre os elementos, em caso de necessidade de mudanças apontadas pelos profissionais, essas eram discutidas e, uma vez pactuadas entre os participantes da roda, inseridas no modelo¹².

Ademais, o protocolo deste estudo não envolveu a participação de sujeitos que pudessem ser identificados, tampouco utilizou dados primários. Consistiu em estudo para aprofundamento teórico de situações que emergiram espontânea e contingencialmente das vivências de estudantes de graduação em práticas na UBS. Neste sentido, não houve necessidade de submissão a Comitê de ética em Pesquisa conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O modelo lógico, elaborado a partir das necessidades identificadas na Unidade Básica de Saúde e o preconizado pela PNAB, Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal e literatura encontra-se detalhado nas Figuras 1, 2, 3, 4, 5.

Construído o modelo, foi realizada uma discussão sobre a melhor forma de apresentá-lo visualmente e permitir alterações no mesmo, com indicações dessas modificações concomitantes à apresentação. Assim, optou-se por imprimir tarjetas em papel com os elementos do modelo lógico e colar essas tarjetas em folhas de papel madeira. Isso viabilizou uma apresentação aos profissionais de saúde que validaram o modelo e inserir observações para facilitar adequações às possíveis sugestões.

Definida a estratégia de apresentação, foram selecionados participantes da universidade para executá-la e agendados dois dias para o desenvolvimento. Um para uma primeira apresentação, com uso do recurso do papel madeira e outro para a apresentação final, com auxílio de multimídia para evidenciar a configuração final após inserção das sugestões dos profissionais. Assim, na primeira apresentação, houve a indicação de inserir na coluna dos processos a identificação que reunisse atenção à saúde da mulher, à saúde do homem e à saúde do idoso, como “atenção à saúde do adulto e idoso”, de modo a representar os ciclos de vida no modelo e as subatividades relacionadas. Desta forma, a primeira reunião foi marcada pelas discussões e verificação da pertinência do modelo, havendo apenas uma sugestão que foi prontamente acatada. O segundo momento de apresentação focou no modelo finalizado, com reafirmação da consistência.

No que tange à análise do modelo construído (figura 1), há cinco dimensões de trabalho pertinentes à Estratégia Saúde da Família: Gestão do Trabalho; Atividades não assistenciais; Atividades assistenciais; Educação permanente continuada; e Atividades docentes assistenciais. Tais dimensões ilustram a complexidade da atenção à saúde da população adscrita ao território alvo da Estratégia. Essas dimensões são consequências diretas da missão atribuída à ESF presente no modelo, a saber: ações no âmbito individual e coletivo a nível da promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de trabalho em equipe voltado a um território delimitado e vivo².

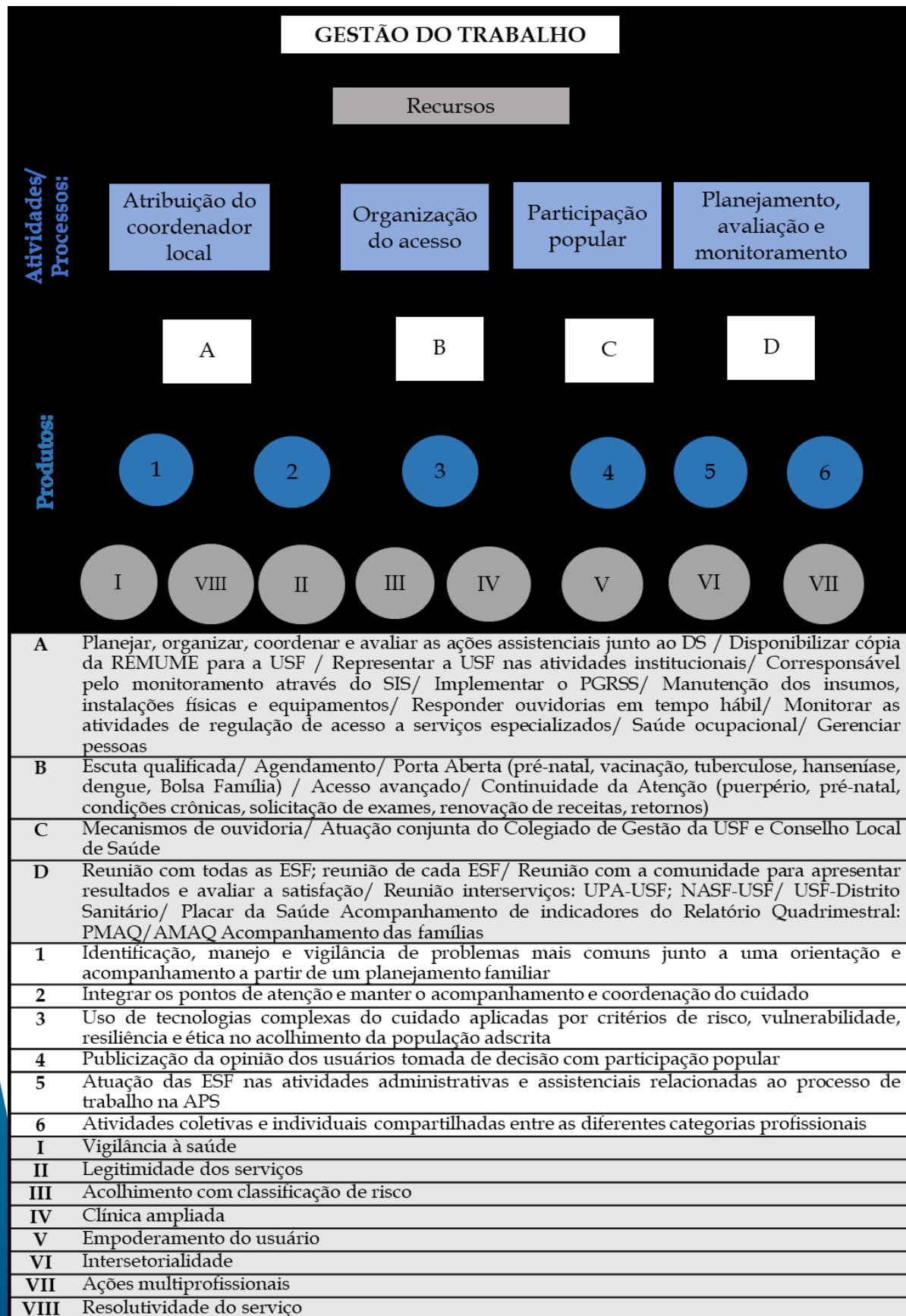


Figura 1: Modelo Lógico para Estratégia Saúde da Família: Gestão do trabalho. Natal-RN, 2018

Legenda da Figura 1: AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica); APS (Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde); ESF (Estratégia Saúde da Família); NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família); PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde); PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica); REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais); SIS (Sistema de Ingresso Seriado leia-se Sistema de Informação em Saúde); UPA (Unidade de Pronto Atendimento); USF (Unidade de Saúde da Família).

Legenda da Figura 2: ACS (Agente Comunitário de Saúde); IST (Infecção Sexualmente Transmissível); PNAISH (Programa Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem); PNAISM (Programa Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher); PNI (Programa Nacional de Imunizações); PSE (Secretaria de Atenção Primária à Saúde leia-se Programa Saúde na Escola- PEC (Proposta de Emenda à Constituição leia-se Prontuário Eletrônico do Cidadão); TICS (Tecnologias da Informação e Comunicação)

Legenda da Figura 3: SNS (Serviço Nacional de Saúde).

Legenda da Figura 5: DAB (Departamento de Atenção Básica); RAS (Redes de Atenção à Saúde); SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica).

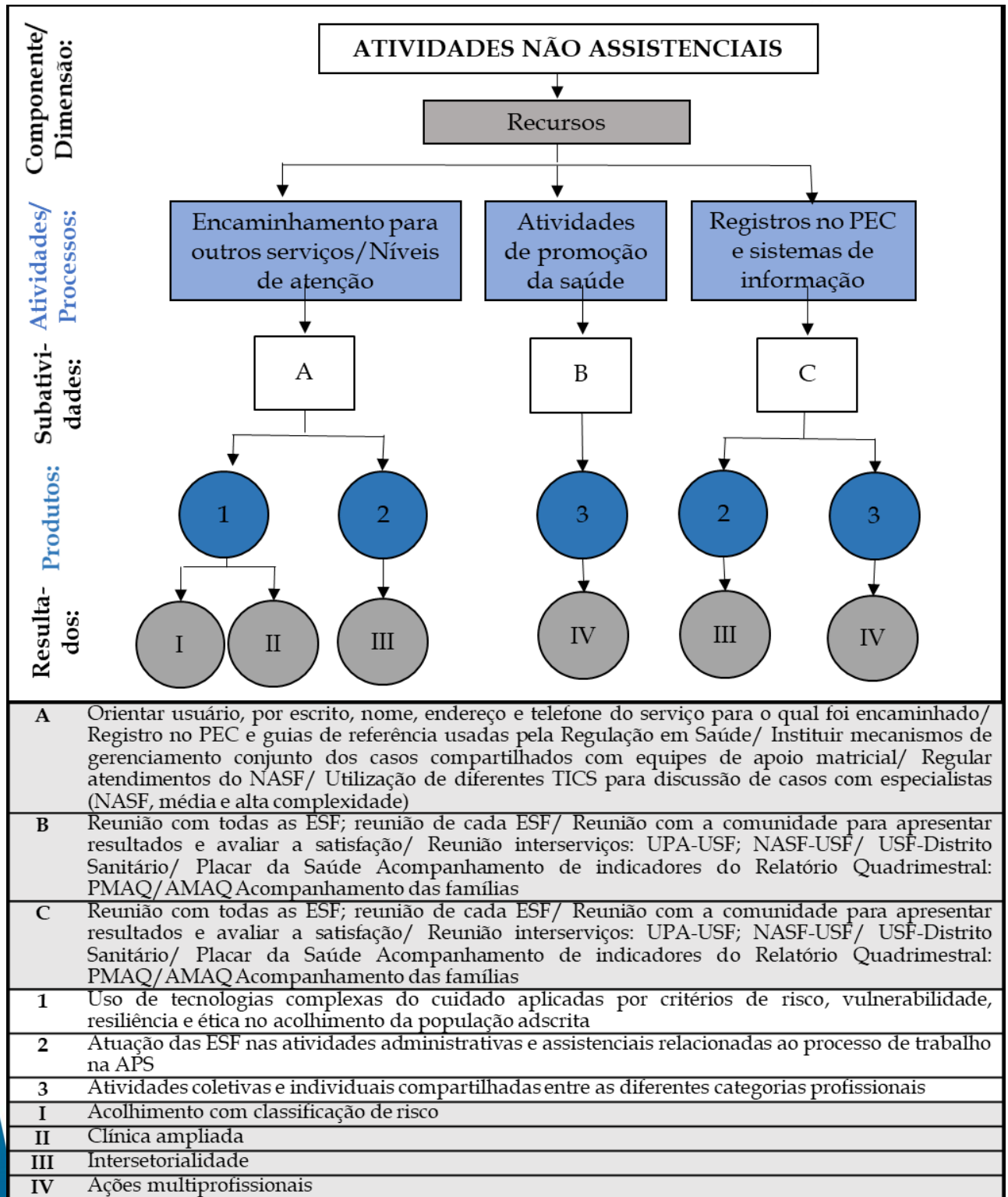


Figura 2: Modelo Lógico para Estratégia Saúde da Família: Atividades não assistenciais. Natal-RN, 2018.

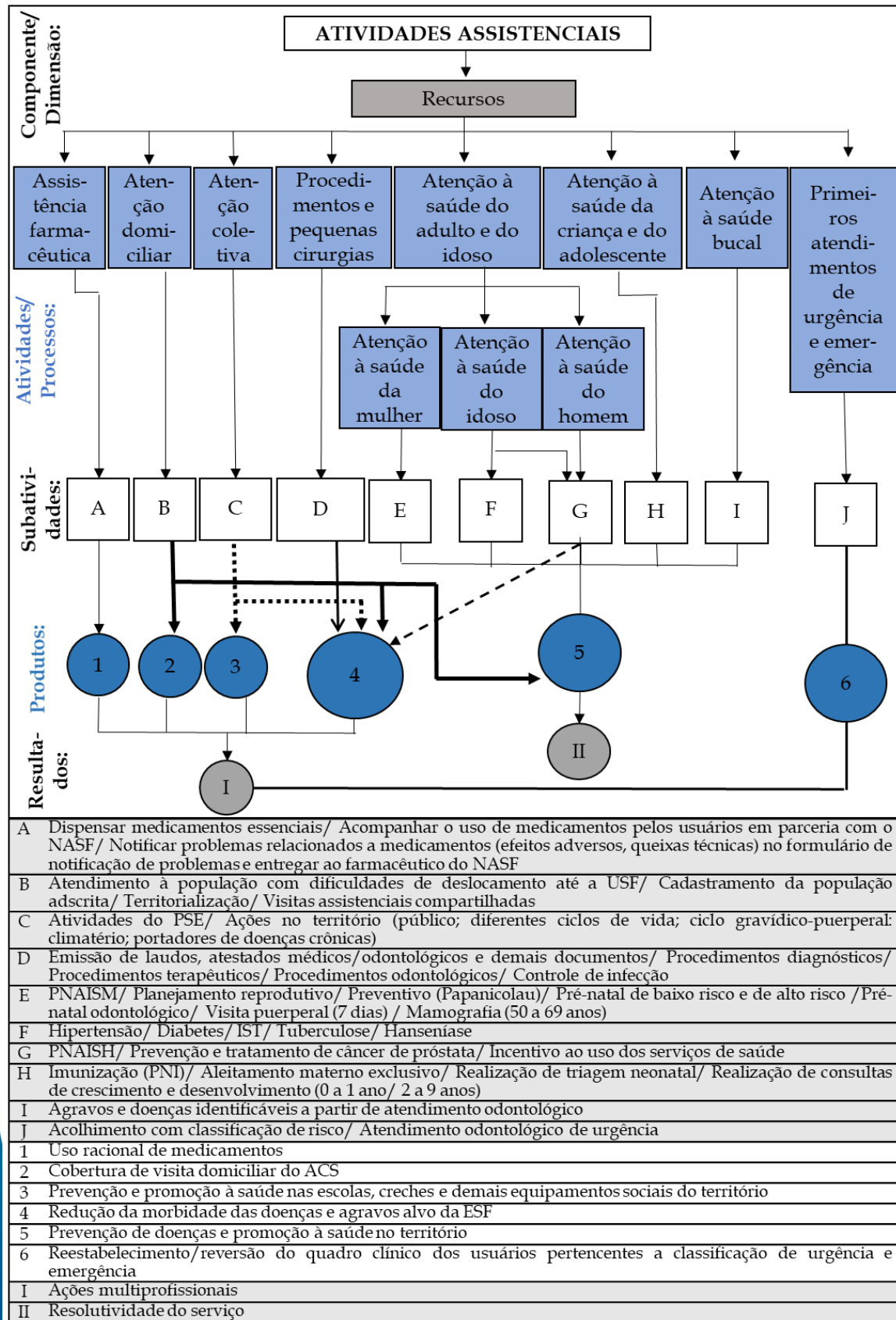


Figura 3: Modelo Lógico para Estratégia Saúde da Família: Atividades assistenciais. Natal-RN, 2018

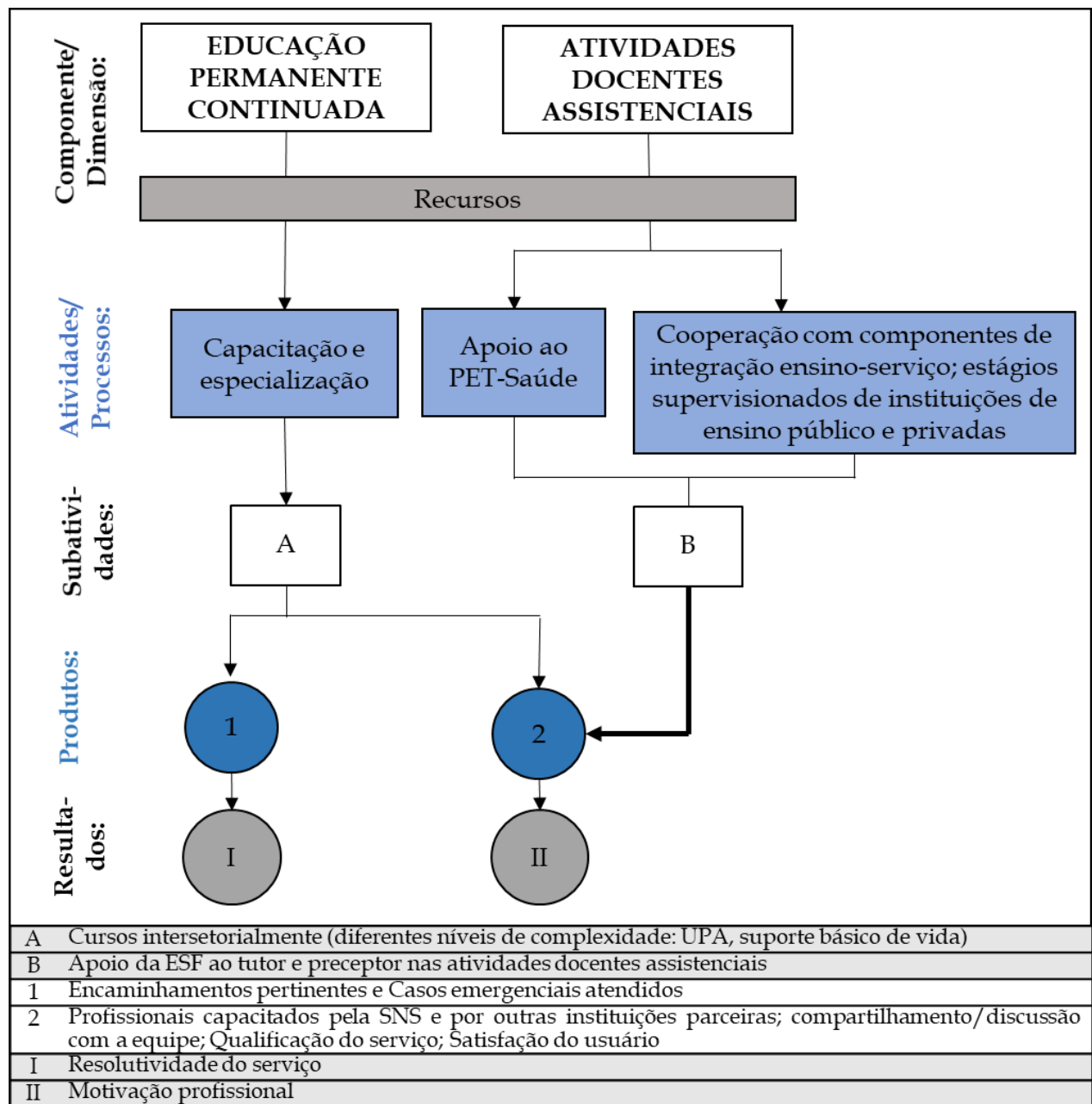


Figura 4: Modelo Lógico para Estratégia Saúde da Família: Educação permanente continuada e Atividades docentes assistenciais. Natal-RN, 2018.

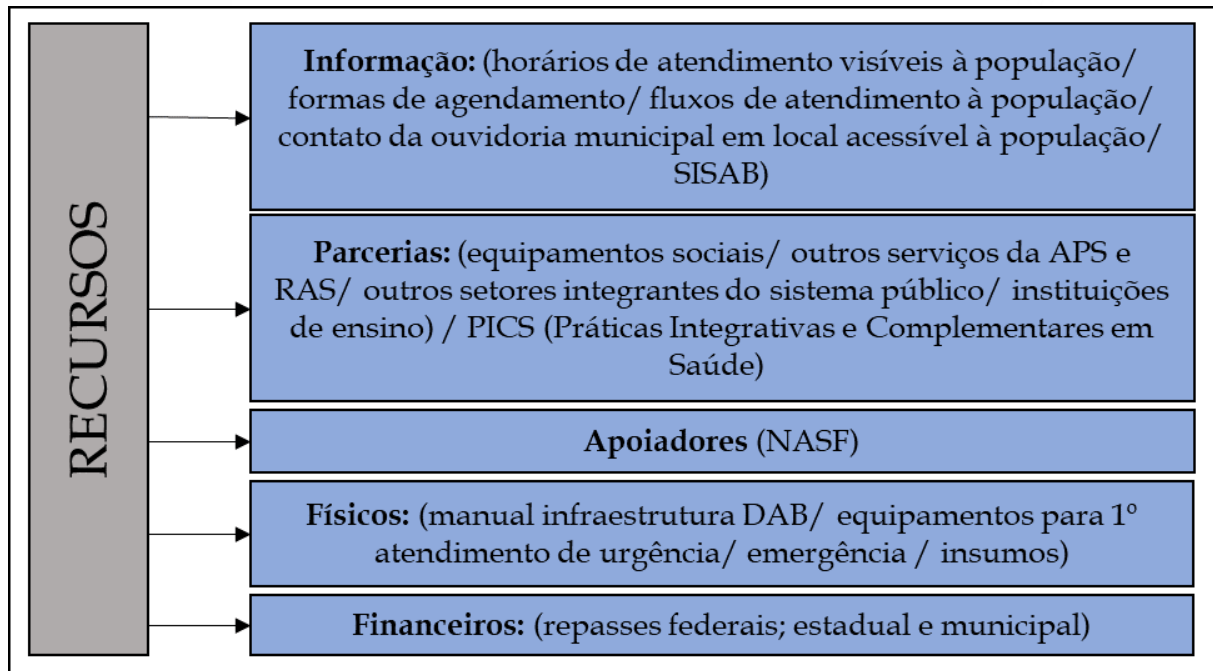


Figura 5: Modelo Lógico para Estratégia Saúde da Família: Descrição dos recursos utilizados. Natal-RN, 2018.

A missão supracitada contempla os três níveis de atenção (promoção, proteção e recuperação da saúde) e a ampliação da gestão do cuidado para o coletivo. Por conseguinte, busca ilustrar a complexidade tecnológica da Estratégia Saúde da Família, em que a atuação a nível do indivíduo e coletivo perpassa, necessariamente, a realização de atividades básicas de gerenciamento (planejar, executar, controlar, liderar e organizar), a mobilização de competências gerenciais (interpessoais, intrapessoais, intelectuais e técnicas), a articulação com outros serviços de saúde do mesmo nível de complexidade da assistência, como os Núcleos Ampliados da Estratégia Saúde da Família (NASF), e de outros níveis de complexidade, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, bem como de serviços pertencentes a outros sistemas como os da Assistência Social, parcerias com instituições de ensino e mobilização da comunidade do território. Essas questões são perceptíveis nos recursos ilustrados no modelo (físicos, informação, parcerias e financeiros) e incluem tecnologias duras, leve-duras e leves, assim como pelas atividades ligadas às dimensões que norteiam o modelo.

O grupo das atividades de gestão do trabalho ilustra as atribuições do coordenador local, mecanismos para viabilizar a organização do acesso, a participação popular, e a tríade planejar-avaliar-monitorar. Neste ponto, enfatiza-se a importância de acompanhar indicadores pactuados internamente pelo serviço, a partir da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), e do Placar da Saúde (com indicadores da unidade de saúde); e externamente (pelo PMAQ e pactuações de metas e indicadores em relatórios quadrimestrais). Isto porque o modelo lógico é uma ferramenta para subsidiar a seleção de indicadores para avaliação e monitoramento.

Discussão

Em estudo realizado por Gontijo et al (2017)¹⁵ para identificar como os gerentes atuantes no âmbito da atenção básica (gerentes de Distritos e gerentes de Unidades Básicas de Saúde na esfera municipal) realizavam funções administrativas, os autores encontraram como principais resultados: reconhecimento da existência de sistemas de informação em saúde, contudo, sem sua utilização como suporte no desenvolvimento das funções administrativas de planejamento, monitoramento e avaliação; apontamento da gerência local no repasse de metas definidas pela secretaria municipal de saúde e na verificação da produção do trabalho; o desenvolvimento prioritário de habilidades técnicas, como ações assistenciais e atividades de cunho burocrático da administração. Ademais, no Brasil, a avaliação em saúde ocorre por intermédio de processos incipientes, de modo pouco ordenado e incorporado às práticas cotidianas, além de ser feito de forma não programada, informal, sem registro sistemático, sem parâmetros e critérios, por meio de reuniões, conversas e observações individuais¹⁵.

Desta forma, um modelo que apresente claramente as atribuições dos gerentes é uma ferramenta útil para auxiliar o desempenho desta função. Neste sentido, enfatiza-se que a fragilidade na gerência foi um dos problemas que tiveram por consequência a criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Pois, os sanitaristas graduados buscariam suprir a demanda por profissionais capacitados para

atuar no planejamento, gestão e execução de ações em Saúde Coletiva, na perspectiva da promoção da saúde, e atuariam orientados por uma concepção interdisciplinar¹⁶.

Vale destacar, ainda, Paiva et al (2018)¹⁷, que em concordância com a fragilidade gerencial no Brasil, ao buscarem identificar as atribuições do gestor nos serviços de saúde e os desafios enfrentados em seu cotidiano, discorreram sobre a importância das competências técnicas, analíticas, financeiras, ao destacar a eficiência como desafio em um contexto de estruturas inadequadas e recursos humanos transitórios. Nesse contexto, a deficiência de uma formação profissional adequada foi colocada como um relevante “gargalo” da gestão na área da saúde, bem como a falta de planejamento estratégico claro e objetivo, e a fragilidade na integração entre gestores, setores administrativos, profissionais da assistência.

Por sua vez, na dimensão das Atividades não assistenciais, destacam-se o registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e os encaminhamentos. A ênfase nos encaminhamentos ocorre em razão da sua importância para viabilizar o cuidado em saúde, uma vez que disponibiliza a solução à necessidade do indivíduo, no que concerne à mobilização das tecnologias, de maneira articulada com os serviços, como uma Rede de Atenção. Desse modo, é necessária fluidez entre os serviços que compõem essa Rede, bem como na circulação de informações, pessoas e produtos. Tal organização está diretamente relacionada à coordenação do cuidado, que é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde, nível de complexidade do qual faz parte a Estratégia Saúde da Família¹⁸. Portanto, discriminar como pode ser realizada esta coordenação, tal qual ilustrado nas subatividades do modelo relacionadas aos encaminhamentos é algo que pode auxiliar os serviços a melhorar seu desempenho.

Contudo, a dimensão das atividades assistenciais não é objeto de discussão deste estudo, por ser a mais densamente desenvolvida pelos profissionais, uma vez que o processo formativo é voltado às competências técnicas. Além disto, há uma vasta quantidade de materiais e de protocolos que discorrem sobre as atividades assistenciais da APS no contexto dos ciclos de vida¹⁹⁻²².

No tocante à dimensão da educação permanente e educação continuada, é válida a discussão em vista da potencialidade da educação permanente para instituir

mudanças necessárias no serviço para a efetivação do cuidado à saúde e, por conseguinte, no alcance da missão da Estratégia Saúde da Família. Tais mudanças incluem o fortalecimento da gerência e criação de uma cultura avaliativa nos serviços, e permitem práticas cotidianas relacionadas ao planejamento e a avaliação em saúde.

A compreensão e apropriação da Educação Permanente em Saúde (EPS) pela atenção primária, no Brasil, foi discutida por meio de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram identificadas potencialidades e fragilidades da EPS no contexto da ESF. O estudo concluiu que muitas iniciativas desenvolvidas para os trabalhadores da saúde partem de uma concepção de educação instrumental com ênfase em ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços, que se aproximam mais ao conceito de Educação Continuada. Arrolam como dificuldades: a falta de ferramentas que auxiliem o gestor a operacionalizar o proposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; a desarticulação entre os níveis de gestão; a falta de profissionais qualificados e de adesão desses para as atividades educacionais; a falta de planejamento pelos gerentes de unidades; a rotatividade dos profissionais devido ao vínculo superficial com o serviço; a baixa participação popular; e o enfoque de trabalho fragmentado por profissões²³. Dentre as estratégias para legitimar a EPS, no contexto do SUS, destacam-se a maior articulação entre o serviço e as instituições de ensino e a participação popular. Especificamente, apontam-se iniciativas relacionadas com os recursos tecnológicos, como educação a distância e Telessaúde; as aproximações entre ensino e serviço, como o Pro e Pet-Saúde; e as relacionadas com o cotidiano do trabalho, como as rodas de conversa e reuniões de equipe.

Assim, a educação permanente é transversal a outras dimensões, incluindo a próxima dimensão a ser discutida, a de Atividades Docentes Assistenciais, entre as quais são destacadas as de integração ensino-serviço e o apoio ao Pet-Saúde. Em relação à integração ensino-serviço, cabe às instituições de educação e ao SUS, instituir um processo educativo com base na problematização do trabalho em prol de uma aprendizagem significativa baseada na organização social, com a participação dos gestores, formadores, usuários e estudantes. Esta integração permite a troca efetiva

entre os serviços de saúde e a Universidade, favorecendo a qualificação dos serviços e da pesquisa²³.

Tendo em vista essas análises, o modelo lógico orienta a execução de ações com potencial de gerar resultados e impactos que promovam a melhoria da qualidade do serviço de modo continuado, com fortalecimento do elo entre as equipes de saúde e a comunidade. É importante salientar que tal modelo representa processos de trabalho característicos da ESF, tendo, assim, possibilidade de contribuir com diversos contextos de funcionamento da ESF. Destacamos como limitação deste estudo a validação com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família específica, de modo que a observação de limitações ao modelo teórico criado pode ter sido limitada à vivência dos profissionais de saúde dessa unidade. A despeito disso, o modelo pode contribuir com outras realidades, uma vez que a ESF é orientada por uma Política Nacional. Desse modo, o modelo criado, ao constituir uma representação de como uma USF deveria funcionar, viabiliza o momento normativo do planejamento estratégico-situacional, bem como a identificação de pontos a serem melhorados no serviço, na perspectiva dos ciclos de melhoria da qualidade.

Por fim, é importante ressaltar que para a melhoria contínua da qualidade são necessárias as seguintes condições: provocar mudanças concretas no sentido de um serviço de melhor qualidade; definir os responsáveis pelas ações; garantir a existência de uma decisão superior em proporcionar as condições que não estão ao alcance da equipe, de forma a facilitar a melhoria de qualidade. As falhas identificadas devem servir para mudanças de estrutura e processos⁶.

Conclusões

Na construção do modelo, buscou-se contemplar técnicas básicas da estimativa rápida²⁴. Assim, a análise dos resultados ilustrados no modelo permite a identificação de critérios de qualidade como a legitimidade, empoderamento e resolutividade, além da identificação do modelo de assistência de vigilância à saúde.

O objetivo finalístico do modelo é contribuir com a melhoria contínua do serviço, a qual, pressupõe a boa prática do ponto de vista científico em conformidade às disponibilidades de recursos existentes para que os serviços atendam às

necessidades de saúde definidas tecnicamente, contemplando o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam, a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação. Além disto, deve-se considerar a necessidade de analisar o perfil de saúde e doença da comunidade como base para alcançar a redução das desigualdades de acesso e dos riscos de adoecimento entre os indivíduos, famílias e comunidades⁶.

É importante salientar também que uma APS de qualidade tem sido um requisito bastante enfatizado em vários países, mediante as evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários²⁵. Desta forma, a construção de modelos lógicos representativos do funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família pode contribuir para diferentes realidades locais.

Conclui-se, por fim, que influência do contexto na relação entre os elementos do modelo é essencial. Desse modo, torna-se necessária uma reavaliação periódica de indicadores e pactuações em cada unidade de saúde que o utilize. As unidades devem observar e adaptar o modelo às mudanças contextuais e às reestruturações das políticas de saúde.

Referências

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil, Estud. Av [periódico na Internet], 2013 [acesso 23 de maio de 2020]; 27(78), 7-26. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 de set de 2017; Seção 1.
3. Flôres MS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug BF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2018; 42 (116): 237-247.
4. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo saúde. 2011;35(5): 319-331.
5. Gama ZA, Hernández JS. Inspeção de boas práticas de gestão de risco em serviços de saúde. Natal: SEDIS- UFRN, 2017.

6. Campos CE. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5 (Supl.1): 63-69.
7. Puime A, Hernández SO, Palomer R. Marquet mejora de la calidad em Atención Primaria. In: Zurro AM. *Compendio de atención primaria*. Madrid: Harcourt; 2000
8. Carvalhosa SF, Domingos A, Sequeira C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Aná. Psicológica*. 2010; 28(3): 479-490.
9. Lima VM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. *Online braz. J. nurs*, 2011; 10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3648/pdf>.
10. Matos FV, Caldeira AP. Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médico. *Rev Bras. Educ. Méd.* 2013; 37 (3): 434-440.
11. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. *Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal*. Natal: SMS; 2014.
12. Carvalhosa SF, Domingos A, Sequeira C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Análise Psicológica*. 2010; 28(3), 479-490.
13. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG org. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
14. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2001; 6(1):165-181.
15. Gontijo TL, Cavalcante RB, Duarte AGS, Lima PKM. Funções administrativas na gestão local da atenção básica em saúde. *Revista Enfermagem UFPE on line*. 2017; 11(12):4980-8.
16. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3): 1261-1285.
17. Paiva RA, Randow R, Diniz LP, Guerra VA. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2018; 28(5): e-S280523.
18. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(esp):158-64.
19. Almeida ER, Moutinho CB, Carvalho SAS, Araújo MRN. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. *Revista Enfermagem UFPE on line*. 2016; 10(2): 683-91.
20. Leal CBM, Porto AO, Barbosa CB, Fernandes TSS, Fernandes ESF, Viana TBP. *Assistência de Enfermagem ao Público Adolescente na Atenção Primária*. 2018; 86 (Edição Especial).

21. Dantas RCO, Roncalli AG. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24(1): 295-306.
22. Placideli N et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. Rev. Saúde Pública. 2020; 54: 06.
23. Ferreira L, Almeida BJS, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate. 2019; 43 (120): 223-239.
24. Kleba ME, Duarte TF, Romanini A, Cigognini DC, Althaus IR. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na estratégia saúde da família. Revista grifos. 2016; 24 (38/39): 159-178
25. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Submetido em 28/01/21
Aprovado em 30/07/21