

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NA VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

EVALUATION OF THE QUALIFICATION PROCESS IN PRIMARY CARE FOCUSING ON THE VALORIZATION OF THE WORKER

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CUALIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA SE CENTRA EN LA VALORIZACIÓN DEL TRABAJADOR

Carolina dos Reis Alves¹
Patrick Leonardo Nogueira da Silva²
Cláudio Luís de Souza Santos³
Ingrid Gimenes Cassimiro de Freitas⁴
Rosana Franciele Botelho Ruas⁵
Mariléia Chaves Andrade⁶

¹Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-2107-6306>

²Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2399-9526>

³Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-9127-6349>

⁴Faculdade de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho (FASA), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-8325-0985>

⁵Faculdade de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho (FASA), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-6649-3966>

⁶Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-4496-7331>

Author correspondent

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Avenida Osmane Barbosa, Nº 11.111, Bairro JK. CEP: 39404-006 – Montes Claros (MG), Brasil. Tel.: +55(38)991312287.
E-mail: patrick.nogueira@soufunorte.com.br

Submissão: 25-12-2022

Aprovado: 20-05-2023

RESUMO

Objetivo: avaliar o processo de qualificação na Atenção Básica com foco na valorização do trabalhador. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizada nas equipes de Atenção Básica. A amostra foi composta por 43 enfermeiros os quais representaram 50% das equipes implantadas no município que poderiam fazer a contratualização no primeiro ciclo de avaliação. Utilizou-se um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva com frequência simples das variáveis selecionadas. **Resultados:** houve prevalência de profissionais que apresentavam no mínimo um ano e no máximo dois anos (34,8%). Quanto à formação complementar destes profissionais, observa-se o mesmo número de profissionais da amostra para duas categorias (34,8%). No município, a prevalência do desempenho dos enfermeiros quanto ao tempo de atuação e qualificação profissional se encontram acima da média (55,8%). Ao observar o Estrato (48,1%), o Estado (48,1%) e o Brasil (47,9%), a situação se inverte e a prevalência de desempenho ainda é mediana ou um pouco abaixo da média. As atividades de educação permanente apresentaram desempenho muito satisfatório. Entretanto, o vínculo de trabalho é precário gerando instabilidade e rotatividade dos profissionais revelando um desempenho mediano. **Conclusão:** além da necessidade de programar planos de carreira que contemplem a proteção social, é imprescindível a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Trabalhadores; Gestão em Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão da Qualidade.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the process of qualification in Primary Care focused on valuing the worker. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional, exploratory study, with a quantitative approach, conducted in the Primary Care teams. The sample was made up of 43 nurses, representing 50% of the teams in the municipality that could be contracted in the first evaluation cycle. A semi-structured questionnaire was used for data collection. Data analysis was done using descriptive statistics with simple frequency of the selected variables. **Results:** there was a prevalence of professionals who had at least one year and at most two years (34.8%). As for the further education of these professionals, the same number of professionals in the sample was observed for two categories (34.8%). In the city, the prevalence of nurses' performance regarding the time of performance and professional qualification are above average (55.8%). When observing the stratum (48.1%), the state (48.1%) and Brazil (47.9%), the situation is inverted, and the performance prevalence is still average or a little below average. The permanent education activities presented a very satisfactory performance. However, the work relationship is precarious, generating instability and turnover of professionals, revealing a median performance. **Conclusion:** besides the need to program career plans that contemplate social protection, progression by performance evaluation and/or development is essential.

Keywords: Primary Health Care; Workers; Health Management; Health Services Administration; Quality Management.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el proceso de cualificación en la Atención Básica con foco en la valorización del trabajador. **Método:** estudio descriptivo, transversal, exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado en los equipos de Atención Primaria. La encuesta estaba compuesta por 43 enfermeros, lo que representa el 50% de los equipos implantados en el municipio que pueden ser contratados en el primer ciclo de evaluación. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario semiestruturado. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva con frecuencias simples de las variables seleccionadas. **Resultados:** hubo una prevalencia de profesionales que presentaron un mínimo de un año y un máximo de dos años (34,8%). En lo que respecta a la formación complementaria de estos profesionales, se observa el mismo número de profesionales de la muestra para dos categorías (34,8%). En el municipio, la prevalencia de la actuación de los enfermeros en relación con el tiempo de actuación y la cualificación profesional son superiores a la media (55,8%). Al observar el Estrato (48,1%), el Estado (48,1%) y Brasil (47,9%), la situación se invierte y la prevalencia de desempeño sigue siendo mediana o un poco inferior a la media. Las actividades de educación permanente presentaron unos resultados muy satisfactorios. Sin embargo, el vínculo laboral es precario generando inestabilidad y rotación de profesionales revelando un rendimiento medio. **Conclusión:** más allá de la necesidad de programar planos de carrera que contemplem una protección social, es imprescindible la progresión por evaluación de desempeño y/o desenvolvimiento.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Trabajadores; Gestión en Salud; Administración de los Servicios de Salud; Gestión de la Calidad.

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é um processo coletivo, essencial para todos os seres humanos e faz parte da esfera de produção não material, já que o produto final é indissociável do processo que o produz. Sendo assim, a própria realização da atividade tem como finalidade a ação terapêutica de saúde na qual seu objeto é o indivíduo em sua singularidade ou a coletividade. Apresenta o saber em saúde e o nível técnico do conhecimento como instrumento de trabalho; e como produto final tem-se a própria prestação da assistência de saúde^(1,2). O processo de trabalho (PT) em saúde é compartimentado, ou seja, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência separado dos demais causando duplicação de ações e até mesmo gerando atitudes contraditórias em decorrência da divisão do PT e da fragmentação de tarefas^(1,2). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o caminho para a quebra da divisão do PT em busca da responsabilização pela comunidade e humanização das práticas de saúde na superação da equipe como agrupamento de profissionais^(3,4).

Essa equipe deve pautar suas ações no princípio da integralidade, que contempla o conceito de cuidado visto como ação integral e integrada em uma área de comunhão de vários saberes e fazeres de atores diferentes em busca da produção de ações em saúde com a superação da visão cartesiana, fragmentada, da justaposição dos diferentes profissionais e fragmentação do cuidado presente no cotidiano dos serviços de saúde⁽⁵⁾. Porém, para alcançar esse objetivo, a condição imprescindível é a equipe como

integração de trabalhos e articulação em uma nova dimensão, que é a interdisciplinaridade na busca da transdisciplinaridade com o intuito de proporcionar uma relação recíproca de comunicação e interação⁽³⁾. Esse novo fazer admite a diversidade de ação, buscando a inter-relação de fazeres profissionais com a passagem de um trabalho apenas individual para uma ação coletiva⁽⁴⁾.

O modo equipe de trabalhar definido como a forma com que os profissionais se rearranjam para assistir uma pessoa, família ou grupo de forma holística, transformando-se em um tecido de relações entre diferentes saberes, poderes, classes sociais, possibilitando um permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução por meio de momentos de maior interação de trabalho e vida, (des)articulação, (des)ânimo, criação e invenção, (não) saber, confiança, estranhamento, cooperação, visando à finalidade comum: o cuidado⁽⁶⁾. A responsabilidade coletiva resulta em gestão coletiva com cooperação e confiança, possibilitando a construção de um laço de união, em que a ausência da confiança e a rotatividade dos profissionais resultam em fragmentação do fazer, interferindo na qualidade da assistência, uma vez que trabalhar em equipe requer o gerenciamento de um saber comum que está orientado por valores éticos que alicerçam as escolhas coletivas⁽⁵⁾.

O trabalho precário, caracterizado pela ausência de proteção social, com a perda de direitos trabalhistas e previdenciários, juntamente com a falta de estabilidade, baixos salários, condições inadequadas de trabalho e jornada de

trabalho extensa, acarreta sofrimento psíquico que gera instabilidade emocional, diminuição da qualidade de vida (QV) no trabalho, dificuldade na efetivação do cuidar, desagrega os laços com a comunidade e o PT deixa de ser algo prazeroso, passando a significar martírio e sacrifício, pois produz desgaste físico e mental, aumentando o risco de adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizados, principalmente, pelas doenças ocupacionais e psicossomáticas e, conseqüentemente, influencia na qualidade da assistência e na regularidade do trabalho dos profissionais^(7,8).

Nesse sentido, a QV no trabalho está articulada a questões relativas à gestão do trabalho em que o bem-estar no trabalho vincula-se diretamente com o nível salarial, forma de ingresso no mercado de trabalho, grau de controle sobre as condições e organização do PT aliado à existência efetiva de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) o qual preconiza a capacitação e qualificação na perspectiva da educação permanente (EP), do Programa de Avaliação de Desempenho (PAD), de critérios de progressão e promoção, do Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), gestão partilhada da carreira entre gestores e trabalhadores⁽⁷⁾. A valorização dos trabalhadores de saúde com a desprecarização da força de trabalho é um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista o expressivo número de profissionais contratados de forma não convencionais (contrato de prestação de serviços, terceirização, cooperativa) gerando relações instáveis e vínculos precários que não garantem

os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei causando prejuízos não somente para os trabalhadores como também para os usuários⁽⁹⁻¹¹⁾.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia principal de indução de mudanças no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) almejando a progressiva e permanente ampliação do acesso e da qualidade das práticas de cuidado, gestão e participação da Atenção Básica (AB) com a garantia de padrões de qualidade comparáveis de modo nacional, regional e localmente, repercutindo em maior efetividade nos serviços de saúde com maior transparência das ações governamentais. O PMAQ-AB está organizado em quatro fases complementares que conformam um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade em que as equipes da AB devem aderir voluntariamente: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa (AE); e (4) recontratualização. Esse programa contempla três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário⁽¹²⁻¹³⁾.

Com base nessas premissas, este estudo objetivou avaliar o processo de qualificação na AB com foco na valorização do trabalhador.

MÉTODOS

Trata-se de um recorte de um estudo mais amplo intitulado “Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a óptica do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)” apresentado ao Departamento de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCS/UNIMONTES). Montes Claros – MG, Brasil. 2012.

Estudo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizada nas equipes de AB do município de Montes Claros durante a avaliação do PMAQ no ano de 2012. O estudo foi embasado nos dados secundários pertencentes ao componente de AE disponível no consolidado de desempenho do município a partir dos dados do PMAQ-AB fornecidos pelo Departamento de AB/MS. A amostra foi constituída por 43 profissionais da AB do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Estes representaram 50% das equipes implantadas no município que poderiam fazer a contratualização no primeiro ciclo de avaliação.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à Coordenação de AB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa e a mesma assinou o TCI de modo a autorizar a realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2012, durante a AE realizada no mês de outubro, pelo pesquisador responsável.

Foram incluídos neste estudo os enfermeiros da AB que prestam serviço à instituição há mais de seis meses, que aceitaram participar da pesquisa e que compareceram no dia e hora marcada para a entrevista. Foram

excluídos os profissionais de outras categorias, como também *plantonistas*, terceirizados, e aqueles que estão na instituição há menos de seis meses.

Foi utilizado um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados, baseado no instrumento de AE do PMAQ-AB. Para este estudo, foram considerados os dados das questões do “Módulo II - Entrevista com profissional de saúde da equipe de AB e verificação de documentos na UBS”. Elegeu-se para a construção da análise a “Dimensão III – Conceito da equipe: dimensão e valorização do trabalhador”, contendo quatro subdimensões relativas à qualificação, EP, gestão do trabalho e plano de carreira e remuneração variável.

Por meio das quatro subdimensões da Dimensão III, foram estipuladas as seguintes categorias para análise dos dados deste estudo: (1) tempo de atuação e qualificação dos profissionais da equipe de AB (Subdimensão 1); (2) EP no processo de qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes de AB (Subdimensão 2); (3) gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo (Subdimensão 3); e (4) plano de carreira e remuneração variável (Subdimensão 4).

Os dados foram armazenados no banco de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0. Os mesmos foram tabulados e apresentados em tabelas através de frequências absolutas e percentuais, na qual se utilizou o programa Microsoft Excel®, versão 2010, para a construção das mesmas. A análise dos dados foi feita por meio da estatística

descritiva com frequência simples das variáveis selecionadas, agrupadas segundo as equipes, estrato, região e Brasil.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), sob parecer consubstanciado nº 126.227/2012. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 04740012.2.0000.5146.

Os participantes foram devidamente orientados quanto às diretrizes do estudo na qual os mesmos assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) de modo a autorizar a realização da pesquisa.

RESULTADOS

No que tange o tempo de atuação do enfermeiro na AB, houve prevalência de profissionais que apresentavam no mínimo um ano e no máximo dois anos (n=15; 34,8%), seguido daqueles profissionais com menos de um ano na AB (n=10; 23,2%). Quanto à formação complementar destes profissionais, observa-se o mesmo número de profissionais da amostra para duas categorias, sendo elas a Residência em Saúde da Família (n=15; 34,8%) e Especialização em Saúde da Família (n=15; 34,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Tempo de atuação e formação complementar dos profissionais enfermeiros participantes do PMAQ-AB atual. Montes Claros (MG), Brasil. (n=43)

Variáveis	n	%
Tempo de atuação		
Menos de 01 ano	10	23,2
De 01 a 02 anos	15	34,8
De 03 a 05 anos	09	21,0
Mais de 06 anos	09	21,0
Formação complementar		
Residência em Saúde da Família	15	34,8
Especialização em Saúde da Família	15	34,8
Sem especialização	10	23,2
Mestrado em Ciências da Saúde	02	4,9
Doutorado em Ciências da Saúde	01	2,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

Em Montes Claros, município de médio porte, a prevalência do desempenho dos

enfermeiros na AE do PMAQ-AB quanto ao tempo de atuação e qualificação profissional se

encontram acima da média (55,8%). Ao observar o Estrato (48,1%), o Estado (48,1%) e o Brasil (47,9%), a situação se inverte e a prevalência de desempenho ainda é mediana ou um pouco abaixo da média (Tabela 2). Vale destacar, que o

consolidado de desempenho considerou o tempo de atuação na equipe associado à qualificação do profissional realizando uma média ponderal, comparando o valor ao resultado do município, Estrato, Estado e Brasil.

Tabela 2 – Consolidado de desempenho quanto ao tempo de atuação e qualificação dos profissionais da equipe de AB (Subdimensão 1).

CONSOLIDADO DE DESEMPENHO								
Desempenho	Município		Estrato		Estado		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito acima da média	09	21,0	396	15,9	395	15,2	2790	18,1
Acima da média	24	55,8	900	36,0	961	36,7	5283	34,0
Mediano ou um pouco abaixo da média	10	23,2	1204	48,1	1261	48,1	7442	47,9
Total	43	100	2500	100	2617	100	15515	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

Nessa subdimensão foi verificada a existência de ações de qualificação para os profissionais da AB por meio do apoio institucional na saúde, como: cursos presenciais e a distância; atividades ligadas ao Programa Telessaúde; atividades de tutoria/preceptoria de acordo com as demandas e necessidades das equipes. Tendo em vista a EP no processo de qualificação das ações desenvolvidas pelas

equipes de AB, pode-se observar que em Montes Claros a prevalência do desempenho dos enfermeiros na AE do PMAQ-AB se encontra muito acima da média (55,8%). Este aumento pôde ser observado no Estrato (55,4%). Já o Estado (35,4%) e o Brasil (42,8%) ainda se mantêm com desempenhos medianos ou um pouco abaixo da média (Tabela 3).

Tabela 3 – Consolidado de desempenho quanto à EP no processo de qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes de AB (Subdimensão 2).

CONSOLIDADO DE DESEMPENHO								
Desempenho	Município		Estrato		Estado		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito acima da média	24	55,8	346	13,9	881	33,7	2582	16,7
Acima da média	18	41,8	1386	55,4	809	30,9	6286	40,5

Mediano ou um pouco abaixo da média	01	2,4	768	30,7	927	35,4	6647	42,8
Total	43	100	2500	100	2617	100	15515	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2012.

DISCUSSÃO

Tempo de atuação e qualificação dos profissionais da equipe de AB (Subdimensão 1)

Os profissionais respondentes da AE nesse estudo foram 100% enfermeiros; esse resultado corrobora com o resultado encontrado em outros estudos^(8,14), em que a participação de enfermeiros como informantes e coordenador da equipe de AB correspondeu a 92,3%. Vale ressaltar que nos referidos estudos^(8,14) não houve diferenças significativas quando analisado por porte populacional em que predominou enfermeiro como coordenador e respondentes da AE em 2012. Uma vez que, a recomendação do MS dentro do PMAQ-AB é que o profissional que responderá à entrevista deve ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o PT da equipe⁽¹³⁾.

A explicação desse resultado fundamenta-se na formação do profissional enfermeiro em que as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação contemplam nas competências gerais que o enfermeiro deve estar apto a assumir posições de liderança envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz tendo em vista o bem-estar da comunidade, além do

gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde⁽¹⁵⁾.

No que tange o tempo de atuação dos profissionais participantes descritos na Tabela 1, observa-se que a maioria (58,0%) declarou ter menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe, revelando um baixo tempo de permanência, fato este que pode ser atribuído à alta rotatividade de profissionais, o que compromete a efetividade da AB; vale destacar, que o estudo⁽⁸⁾ revelou uma média nacional de permanência nas equipes menor de dois anos em 56,7% dos entrevistados assemelhando o resultado encontrado nessa pesquisa. A dificuldade de fixação do profissional nos locais de trabalho é atribuída, muitas vezes à insatisfação do trabalhador com as condições de trabalho, a inexistência ou baixas condições de progressão profissional, exigência de carga horária integral são descritas como a causa e a rotatividade como uma consequência^(16,17).

A rotatividade pode ser compreendida como consequência tanto de aspectos externos à instituição – situação de oferta e demanda de recursos humanos, a conjuntura econômica e as oportunidades de empregos – quanto fatores internos à organização vinculados a oportunidades de progressão profissional e

salarial, à política de benefícios, as condições físicas ambientais de trabalho, a política de recrutamento e seleção de pessoal⁽¹⁶⁾.

Em contrapartida, vale destacar que 42,0% dos participantes estão na mesma equipe, no mínimo, há mais de três anos, com destaque para 21,0% que estão inseridos na mesma UBS há mais de seis anos revelando a continuidade do cuidado e a longitudinalidade, considerados princípios da AB, que permitem o maior grau de vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades, a constituição de vínculos entre os diversos profissionais que coletivamente prestam a assistência além de favorecer o investimento na formação e no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no mesmo local de trabalho^(16,17). Outro aspecto verificado nessa subdimensão refere-se à formação complementar dos profissionais de nível superior participantes do PMAQ-AB na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Essa dimensão remete ao componente de especialização flexível em que o padrão de qualidade definido diz respeito à formação qualificada tanto no aspecto da titulação dos trabalhadores na modalidade *Lato Sensu* e/ou *Strictu Sensu* quanto do ponto de vista das habilidades e competências⁽¹⁸⁾.

A sociedade exige a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde prestado pelos profissionais, em especial, os da AB haja vista a necessidade de novos perfis profissionais para atuarem no nível primário de atenção, em que a qualificação profissional contribui para aquisição de novas competências e habilidades específicas desse nível de atenção, resultando em maior resolubilidade das ações na área de abrangência

através do melhor desempenho técnico e profissional que reflete na melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe^(8,18,19). A reorganização da AB exige do profissional um perfil diferenciado com novas habilidades e competências para lidar com a diversidade de demandas além da necessidade de um novo fazer cotidiano embasado na realidade local e no trabalho em equipe de forma interdisciplinar fundamentado no compartilhamento de saberes, na capacidade de planejar, organizar, desenvolver ações direcionadas a comunidade⁽²⁰⁾.

Vale destacar que a diferença que mais se destaca entre “Residência” e “Especialização” é a carga horária de cada modalidade. Enquanto a especialização tem duração mínima de 360 horas, os programas de Residência Multiprofissional obrigatoriamente devem cumprir a carga horária de 5.760 horas, distribuídas ao longo de dois anos e 60 horas semanais. O valor encontrado no estudo demonstra que o desempenho do município é considerado mediano, uma vez que o resultado apresentado pelo MS⁽²⁰⁾ revela que o percentual de equipes participantes do PMAQ no âmbito nacional que possuíam ou estavam em formação complementar era de 83,4%, e no âmbito do Estado de MG era de 80,8%. Entretanto, a ser avaliada a formação complementar por titulação e na modalidade de pós-graduação residência em saúde da família, o resultado revela-se muito acima da média nacional e estadual.

Ainda sobre a formação complementar, contrastando com os resultados a nível nacional descrito no estudo⁽⁸⁾ que encontrou apenas 1,3%

são concluintes de residência e 3,2% têm mestrado e 0,7% doutorado. Os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB⁽²⁰⁾ revelaram que no Brasil apenas 1,6% possuem residência em Saúde da Família e apenas 2% no âmbito estadual. No que se refere a Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva, representa 1,3% no Brasil e 1% em Minas Gerais. Esse padrão de qualidade com maior qualificação quando comparado a outros estudo é explicado pela existência de Programas de Pós-graduação no município, que é considerado um polo universitário favorecendo o acesso a maior qualificação profissional.

A existência de uma especialização flexível adequada às especificidades e singularidades da AB possibilita aos profissionais da equipe utilizar, as habilidades de liderança e criatividade, conhecimentos, competências, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta para além das atribuições profissionais com vista à ampliação da capacidade de equipe de produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora resultando em melhores indicadores de saúde e consequentemente desempenho satisfatório quando comparado as referências do estrato, estadual e nacional⁽¹⁹⁾ descrita na tabela 3.

EP no processo de qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes de AB (Subdimensão 2)

A EP como componente de autonomia outorgada proporciona um espaço de

aprendizagem coletiva, resultando na formação, produção de subjetividade e trabalho, que objetiva o enfrentamento e solução de problemas através da maior capacidade de diagnóstico e planejamento, além da autonomia na implementação de práticas transformadoras^(18,21,22). A comunicação dentro da equipe de saúde deve acontecer por meio de uma rede dialógica, que promove o aumento da capacidade de criação e transformação com mais autonomia, sempre em um processo de composição não apenas como reunião de indivíduos, mas como uma política de coletivo, com uma dimensão mais ampla do fazer saúde⁽²³⁾.

Nessa dimensão denotou-se desempenho muito satisfatório revelando que nas equipes participantes realizam ações de EP ocorrendo, portanto, um fazer em saúde resultado da relação entre os profissionais que buscam continuamente novos conhecimentos por meio da interdisciplinaridade, compreendida como ato de troca, de reciprocidade entre os saberes, já que a realidade é complexa, necessitando de vários pontos de vista, pois ninguém é portador da verdade absoluta, apenas de uma forma relativa, necessitando da troca de olhares constituindo um fator de transformação e liberdade dos profissionais que rompem as barreiras entre os campos de conhecimento e as pessoas na busca de um cuidar integral e integrado⁽²⁴⁾. Em um estudo⁽⁸⁾ foi constatado que, quanto maior o porte do município, maior o percentual de ações de EP, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais, essa situação também foi encontrada no município estudado que se caracteriza como grande porte.

Gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas, previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo (Subdimensão 3)

Os trabalhadores participantes relatam que o agente contratante é a Administração Direta com vínculo por meio de contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial, municipal e a forma de ingresso não ocorreu por concurso público e nem por seleção pública, enquadrando-se em outra forma (indicação) e resultando em vínculo precário, instabilidade e rotatividade dos profissionais, ocasionando a precarização do trabalho por meio da racionalização dos custos, além da flexibilização do concurso público para estatutário, tornando possível o preenchimento de cargos públicos por outras formas, tais como contrato, cargo comissionado, dentre outros, resultando em retrocesso trabalhista⁽⁷⁾.

A realidade encontrada nesse estudo assemelha-se ao resultado de outros estudos, os documentos de consolidação dos dados do PMAQ⁽²⁰⁾ apresentam a administração direta como agente contratante no Brasil em 73,8% das equipes e no Estado de Minas Gerais, 88,8%. Já no artigo⁽⁸⁾, a contratação pela administração direta ocorreu em 77,9% das equipes brasileiras.

No que concerne à garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, a administração municipal garante os previstos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), porém a maneira de contratação revela a precarização do vínculo trabalhista. Nesse aspecto, todas as equipes participantes do estudo tiveram o desempenho

classificado como mediano ou um pouco abaixo da média revelando resultado insatisfatório. Entretanto, a realidade do contrato temporário pela administração pública está presente no Brasil⁽²⁰⁾ em 15,6% das equipes e em Minas Gerais em 30,2% evidenciando assim vínculo precário sem a garantia da continuidade do PT, além dos direitos trabalhistas e previdenciários.

Plano de carreira e remuneração variável (Subdimensão 4)

No que tange a existência de PCCS, as equipes responderam que o plano considera apenas a progressão por antiguidade e por titulação e que inexistente a progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito) e não há incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Todas as equipes participantes do estudo tiveram o desempenho classificado como Mediano ou um pouco abaixo da média revelando resultado insatisfatório. Isto posto, denota-se, um prejuízo para a assistência à saúde já que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, especialmente quando agregado a subsídios como gratificação, desempenho e progressão por qualificação.

A fragilidade da incorporação do PCCS predomina nos municípios brasileiros como constatado no resultado do 1º ciclo da avaliação PMAQ em que 77,4% dos municípios brasileiros não possuem o plano de carreira e em Minas Gerais corresponde a 76,5% revelando os grandes desafios a serem enfrentados no âmbito do PT na AB^(8,20). Vale destacar, que a existência de

estratégias de gestão que proporcionem a estabilidade, a fixação e valorização do trabalhador, influência de forma direta na continuidade do cuidado, na formação do vínculo com o usuário e na satisfação do binômio usuário-trabalhador.

CONCLUSÃO

Ao analisar a atuação da gestão da AB na dimensão “valorização do trabalhador para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho”, foi constatado que o enfermeiro é o profissional que desempenha a função de coordenador das equipes de AB, sendo, portanto, o respondente do instrumento de AE durante o primeiro ciclo PMAQ-AB. No que se refere ao tempo de permanência na mesma equipe predominou período inferior a dois anos, revelando uma rotatividade de profissionais, comprometendo a continuidade, a longitudinalidade e a efetividade da AB.

Quanto à formação complementar, prevaleceram os enfermeiros que declararam ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação (Residência ou Especialização *lato sensu*) de modo a revelar-se como um resultado muito acima da média dentro do município quando comparado ao desempenho do estrato, do estado e nacional. No que se refere à EP, o resultado também revela um desempenho muito satisfatório.

Entretanto, no que concerne à Gestão do Trabalho com a Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, o município ainda tem que empenhar em

melhorar o ingresso na função pública por meio de concurso público resultando na desprecarização do PT além da valorização do trabalho com a implementação de PCCS que contemple a proteção social, a progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2000 [cited 2016 May 20];53(2):251-63. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>
2. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2016 May 20];20(2):438-46. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia saúde da família. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 1];12(2):455-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
4. Honorato CEM, Pinheiro R. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 100-22.
5. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro P. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiência em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 80-99.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação defacilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relação na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: MS; 2005.
7. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V; Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 10];26(2):253-63. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200005>
8. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 18];38(esp):94-108. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 dez de 2003.
10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza-SUS. Perguntas e respostas: comitê nacional interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS. Brasília: MS; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.729, de 13 de novembro de 2013. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 nov de 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 535, de 03 de abril de 2013 – Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 03 abr de 2013.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 03 maio 2013.
14. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Saúde Debate [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 2];38(esp):34-51. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
15. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, 07 nov 2011.
16. Sancho LG, Carmo JM, Sancho RG, Bahia L. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de belo horizonte, minas gerais: um estudo de caso. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 22];9(3):431-47. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300005>
17. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 1];15(5):2355-65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>
18. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde Debate [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 23];37(98):416-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300005>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.

Brasília: MS; 2012. (Série B. Textos básicos de saúde)

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica: Retratos da Atenção Básica. Brasília: MS; 2015. (Gestão da Atenção Básica - 2012, n. 2, v. 3. Ações da gestão para qualificação das equipes).

21. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 25];6(3):443-56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação defacilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: MS; 2005.

23. Barros MEB, Barros RB. A potênciaformativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJCEPESC; ABRASCO; 2007. p. 130-42.

24. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic. Saúde Educ. [Internet]. 2005 [cited 2016 Sept 2];9(16):161-77. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>

Fomento: recursos próprios.

Agradecimento: nada a declarar.

Editor Científico: Francisco Mayron Morais Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>