

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CAMPUS DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
BIOCIÊNCIAS E SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

**FRANCIELLE REGINA BERTUSSO**

**A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA  
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB), NO PROCESSO DE  
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cascavel – PR  
Julho/2017

FRANCIELLE REGINA BERTUSSO

**A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA  
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB), NO PROCESSO DE  
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

**Área de concentração:** Biologia, processo saúde-doença e políticas da saúde.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lucia Frizon Rizzotto

Cascavel – PR  
Julho/2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas – UNIOESTE – Campus Cascavel)

B463c Bertusso, Francielle Regina.  
A contribuição do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB), no processo de trabalho das equipes de saúde da família / Francielle Regina Bertusso. --- *Cascavel: UNIOESTE*, 2017.  
112 f.:il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lucia Frizon Rizzotto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de *Cascavel*, 2017.  
Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.  
Inclui Bibliografia

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Fluxo de trabalho. 3. Programas Nacionais de Saúde. I. Rizzotto, Maria Lucia Frizon. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 20.ed. 362.82

Bibliotecária responsável Rosângela A. A. Silva – CRB 9<sup>a</sup>/1810

# **A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB), NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada, em sua forma final, pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientadora, Prof. Dr. (a) \_\_\_\_\_  
Maria Lucia Frizon Rizzotto  
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) \_\_\_\_\_  
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) \_\_\_\_\_  
Célia Regina Rodrigues Gil  
UEL

CASCADEL-PR  
Julho/2017

*Esta pesquisa é dedicada a todos os profissionais da Atenção Básica, que saem diariamente para trabalhar e acreditam que suas atuações são importantes para a consolidação e a efetivação dos atributos deste serviço.*

## AGRADECIMENTOS

Começo com meu agradecimento a DEUS, pela vida e pelas oportunidades que Ele me concedeu.

À minha orientadora, Maria Lucia Frizon Rizzotto que, com muito profissionalismo, ética e afeição ao seu trabalho, me conduziu e colaborou imensamente para a construção e desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu companheiro, Alexandre Picinini, que com seu amor e doçura me encorajou e apoiou cotidianamente.

A todos os colegas do GPPS (Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais), que contribuíram para o estudo, especialmente às professoras Gicelle Galvan Machineski, Simone Domingues Garcia e Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvea. Às colegas que, nas conversas informais, me permitiram compartilhar sentimentos e esclarecer muitas dúvidas: Soraia Younes, Andreia Carrer, Solange Aikes, Jéssica Cristina Ruths e Francielli Brito da Fonseca Soppa.

A todas as enfermeiras participantes do estudo, que me receberam, sem exceção, com muito entusiasmo e demonstraram acreditar e querer avançar, sempre, nos serviços da Estratégia de Saúde da Família.

Às professoras que avaliaram a qualificação desta pesquisa, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e Manoela de Carvalho, pelas suas colaborações, as quais procurei seguir para dar continuidade ao trabalho.

Enfim, a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, da UNIOESTE que, certamente, contribuiu para tornar-me uma profissional e pessoa mais consciente, crítica e com anseio de buscar novos desafios que me permitam continuar a colaborar na construção de um sistema de saúde cada vez mais próximo aos princípios preconizados pelo SUS.

## RESUMO

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser a ordenadora do cuidado nos outros níveis do sistema. Em 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir mudanças nos processos de trabalho das equipes de AB, visando qualificar a atenção. O Programa possui três fases: adesão e contratualização; avaliação externa e certificação; e recontratualização, além de um eixo transversal de desenvolvimento que compreende: autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal. Um ciclo completo possui duração média de dois anos e desde sua criação foram realizados dois ciclos completos – 2012/2013 e 2014/2015 – e o terceiro, em curso, iniciou-se em 2016. Na 10ª Regional de Saúde do Paraná, 27 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), participaram dos dois primeiros ciclos. A presente pesquisa, de natureza documental e de campo, tem como objetivo geral analisar as possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes da ESF que participaram do primeiro e do segundo ciclos do PMAQ-AB, em municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. Para a pesquisa documental, utilizaram-se os bancos de dados das avaliações externas, disponibilizados para as universidades que participaram da coleta de dados nesta fase do programa. A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 21 profissionais de ESF, que participaram dos dois ciclos e aceitaram fazer parte da pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados com base na estatística descritiva simples e os qualitativos, na análise temática de conteúdo. Os resultados indicam continuidades e mudanças induzidas pelo Programa. As mudanças positivas estão relacionadas a uma melhor compreensão do PMAQ, por parte das equipes de AB, o que reduziu o desconforto com o processo de avaliação externa; organização e registro das informações geradas pela equipe; territorialização da área de abrangência; agenda programada e acolhimento, mas pouco avançou em termos de uso de protocolos; reunião de equipes e planejamento local. A adesão ao PMAQ-AB, em grande medida, resulta de sua vinculação ao repasse de recursos do Governo Federal para os municípios, o que representa um importante aporte de recursos à AB, devendo, portanto, ser mantido e ampliado. Sugere-se, assim, um maior envolvimento das equipes no processo de contratualização dos indicadores e a realização de outros estudos empíricos, que cotejem os dados secundários com dados de pesquisa de campo, para identificar as convergências e divergências, bem como para contribuir com a reavaliação de aspectos do próprio Programa.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família, fluxo de trabalho, Programas Nacionais de Saúde.

## ABSTRACT

### **The contribution of national program of improvement of access and quality of basic care (PMAQ-AB), on work process of family health staffs**

Basic care (AB) is the main entrance for *Sistema Único de Saúde* (Brazil's public health system) and must guide care on other levels of the system. In 2011, Brazilian Ministry of Health launched PMAQ-AB- *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (National program for improvement of access and quality to basic care) with the intention of promoting changes in the working process of basic care staff to make it more efficient and accurate. PMAQ-AB has three stages: admission and contracting; external assessment and qualification; and re-contracting, as well as a transverse development axis which contains: self-assessment, monitoring of indicators, ongoing training, institutional support and horizontal cooperation. A complete cycle average duration is two years and, since its creation, there were two complete cycles – 2012/2013 and 2014/2015 – while the third, ongoing, started in 2016. At Parana state's tenth regional section of public health, 27 staffs of ESF - *Estratégia de Saúde da Família* (Family health strategy program), participated in the two first cycles. Present field and document research, aims at analyzing possible changes occurred in the working process of ESF staffs who took part in the first and second cycles PMAQ-AB, in cities covered by the same Regional section of public health. To all universities that participated in the gathering of data at this stage of the program, it was possible to use the data bank of external assessments, on which the documental part of this research based itself. Field research consisted of a semi-structured interview with 21 ESF professionals who participated in the two first cycles of the programs. Quantitative data were analyzed according to simple descriptive statistics while the analysis of qualitative ones considered their content. Results showed both positive and negative effects of the program. As positive changes, it is possible to mention a better comprehension on PMAQ by basic care staffs, which reduced distress after external assessment process; organizing and registration of information generated by the staff; territorializing area of influence; scheduled client service and reception. However, when it comes to protocol use; staff meetings and local planning, very few changed. The adoption of PMAQ-AB, mostly results from the fact that it is linked to transfers of Federal funds to the cities, which represents an important input of funds to basic care, then it must be kept as well as expanded. The suggestion, therefore, is that there is bigger involvement of the staffs on the process of contracting of indicators alongside with new empirical studies. These should collate secondary data with field research data, to identify both convergent and different points and to reassess aspects of the program itself.

**Keywords:** Family health strategy, work flow, national health programs.



## SUMÁRIO

Lista de Ilustrações .....	10
Lista de Abreviaturas.....	11
INTRODUÇÃO .....	12
REVISÃO GERAL DE LITERATURA .....	17
1. O Processo de trabalho em saúde .....	17
2. Atenção Básica em Saúde: breve histórico .....	23
3. A Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	28
4. Planejamento em saúde .....	31
5. Apoio institucional e apoio matricial .....	35
6. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) .....	39
6.1 Primeira fase – adesão e contratualização .....	40
6.2 Segunda fase – avaliação e certificação .....	41
6.3 Terceira fase – recontratualização .....	44
6.4 Eixo transversal de desenvolvimento .....	45
7. A avaliação em saúde .....	50
REFERÊNCIAS .....	54
ARTIGO 1 – O PMAQ-AB na visão de trabalhadores que participaram do Primeiro e Segundo Ciclos do Programa em região de saúde do Paraná.....	61
ARTIGO 2 – Mudanças no processo de trabalho das equipes de atenção básica a partir da adesão ao PMAQ-AB em região de saúde do Paraná.....	82
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....	106
APÊNDICE B – Instrumento para a coleta de dados da pesquisa de campo	108
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.....	111

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Processo de trabalho em saúde.....	18
<b>Quadro 1</b> – Distribuição dos percentuais para certificação, segundo as ações desenvolvidas.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica.
<b>AMAQ</b>	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde.
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa.
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica.
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família.
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
<b>IES</b>	Instituições de Ensino Superior.
<b>MS</b>	Ministério da Saúde.
<b>MRS</b>	Movimento de Reforma Sanitária.
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde.
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde.
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional.
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica.
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização.
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família.
<b>SB</b>	Saúde Bucal.
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação de Atenção Básica.
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde.
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
<b>UNIOESTE</b>	Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu que a saúde é um direito social de todos e dever do Estado, mediante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ao mesmo tempo, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regido por princípios doutrinários (universalidade, igualdade e integralidade) e por diretrizes organizativas (descentralização, regionalização e participação da comunidade) (ROSA; LABATE, 2005).

Com a implementação do SUS, descentralizaram-se atribuições e responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde para os estados e, principalmente, para os municípios. Nesse processo, houve expansão da Atenção Básica (AB)<sup>1</sup>, com melhora na oferta e no acesso aos serviços do primeiro nível de atenção, sem, contudo, suprirem-se todas as necessidades da população (SILVA, 2009).

A AB, enquanto proposta de intervenção pública, ganhou relevância a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, como estratégia para garantir “saúde para todos em 2000”, por meio de tecnologias de baixa densidade tecnológica e eficientes para o nível primário de atenção. Esta declaração colaborou para a reformulação das políticas públicas e para a reorganização dos serviços de atenção à saúde em vários países (PAIM, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, a ampliação da AB é parte do esforço para mudar o modelo de atenção, uma vez que o tradicional, centrado no atendimento médico-hospitalar, se mostrou insuficiente para resolver os problemas de saúde da população, além de ser caro para a sociedade (ROSA; LABATE, 2005). O novo modelo deveria, não só, tratar os problemas já instalados, mas priorizar a

---

<sup>1</sup> No Brasil, existe um debate sobre o uso dos termos AB e Atenção Primária em Saúde (APS). Paim (2008) defende o uso de AB, pois, segundo ele, ao comparar o primeiro nível de atenção (primário) com os de média e alta complexidades (secundário e terciário), tem-se a sensação de que a atenção primária não é tecnologicamente complexa, e de que se trata de uma atenção primitiva à saúde. Neste trabalho, será utilizado, preferencialmente, o termo AB, apesar de se compreender que os dois termos podem ser utilizados, sem prejuízo do entendimento sobre o que signifique este nível de atenção, no âmbito do SUS.

prevenção dos agravos e doenças e promover a saúde, conforme consta da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90).

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, p.01).

A AB é o primeiro contato e deve ser a porta de entrada preferencial para os usuários na rede de atenção à saúde. É orientada pelos princípios e diretrizes gerais do SUS, porém, deve assumir funções e características específicas. Supõe o sujeito e a família em sua particularidade e inserção sociocultural, e busca atingir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de problemas que possam comprometer sua autonomia (BRASIL, 2012b).

Com o SUS, pretendeu-se mudar a organização e as práticas de atenção à saúde, ou seja, mudar a forma de gestão, de organização, de financiamento e, do próprio modelo de atenção, dando maior relevância e valorização para a AB. As primeiras iniciativas, nesta direção, datam de 1994, quando foi criado o Programa Saúde da Família (PSF). Esse Programa se destaca por descentralizar as ações de AB para os municípios e por apresentar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial hegemônico (BRASIL, 2005a; TEIXEIRA, 2006). Em 2006, o Programa passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) e transformou-se no principal meio para a reorganização do sistema de saúde nacional (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF é considerada um mecanismo de mudança do modelo assistencial e de universalização da AB, por responsabilizar-se pela solução de cerca de 85% dos problemas de saúde da população, e como ordenadora do cuidado em todo o sistema. Pressupõe a reorganização do processo de trabalho, nesse nível de atenção e a provocação de mudanças nos demais níveis, como os de média e alta complexidades (BRASIL, 2015; TEIXEIRA, 2006).

O trabalho desenvolvido na ESF deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, para, com isso, integrar as diferenças técnicas ou as especificidades de cada trabalhador. Também é importante articular as intervenções realizadas junto a cada profissional, com a finalidade de valorizar o trabalho do outro, o que propicia uma dimensão cuidadora dialógica e ética (PEDUZZI, 2010).

O modelo de atenção à saúde, na ESF, não tem como foco o indivíduo doente mas, sim, a família e a comunidade; pretende adequar a atenção oferecida pelos serviços – por meio da reorganização do trabalho das equipes multiprofissionais –, com a utilização de dados epidemiológicos, socioeconômicos e sanitários, para contribuir com o planejamento integrador das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2006).

Para que esse modo de prestar assistência à saúde possa avançar, é necessário que seja analisado, para identificarem-se as possíveis dificuldades, a serem solucionadas e, assim, melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e a própria saúde da população (SANTOS, 2010).

Com o intuito de ampliar a qualidade da atenção, neste nível da assistência, o Ministério da Saúde (MS) tem instituído políticas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela Portaria GM/MS 1.654, de 19 de julho de 2011. O PMAQ-AB possui três fases (adesão e contratualização, avaliação externa e certificação e recontratualização) e um eixo transversal de desenvolvimento composto por cinco dimensões: a) autoavaliação, b) monitoramento de indicadores, c) educação permanente, d) apoio institucional, e f) cooperação horizontal.

O Programa visa:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012a, p. 07).

Para isso, definiu como objetivo, entre outros, promover mudanças no processo de trabalho das equipes de AB, por meio da análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos, conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos e indicadores previstos no Programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Propõe, também, melhorias no acesso e na qualidade da AB, fator esse que depende de vários aspectos, como o da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF), da aquisição de materiais e equipamentos, da autoavaliação das equipes, do apoio institucional, da educação permanente e de uma equipe de saúde comprometida com o serviço, a fim de dar enfoque multiprofissional aos problemas de saúde diagnosticados e apresentados pela população.

Com base no destaque dado para a mudança nos processos de trabalho das equipes que aderem ao PMAQ-AB, bem como na importância e na amplitude que o Programa assumiu no âmbito da gestão municipal do SUS, definiu-se como pergunta de pesquisa: Como se deu o processo de adesão das equipes ao PMAQ-AB, em nossa região, e quais as possíveis mudanças que essa adesão provocou no processo de trabalho das equipes da ESF? O recorte em equipes da ESF decorre de que, no primeiro ciclo, apenas essa modalidade de equipe de AB poderia aderir ao Programa.

Assim, definiu-se como objetivo geral da pesquisa: Analisar as possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes da ESF que participaram do primeiro e do segundo ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. E como objetivos específicos: (1) Identificar continuidades e mudanças nos dados das avaliações externas das equipes dos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB; (2) Analisar como as equipes estudadas entenderam e atuaram nas diferentes fases do PMAQ-AB (adesão e contratualização, certificação e avaliação externa, e recontratualização); e (3) Identificar como as equipes avaliam a contribuição do Programa para a

mudança na organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, na atenção prestada aos usuários de suas áreas de abrangência.

A organização do texto apresenta uma introdução, onde se explicita o problema e os objetivos da pesquisa; a revisão geral de literatura, com os principais conceitos que compõe o referencial teórico, e dois artigos com os resultados da pesquisa.

O primeiro artigo, intitulado “O PMAQ-AB na visão de trabalhadores que participaram do primeiro e segundo ciclos do Programa”, tem como objetivo: analisar mudanças no processo de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes da 10ª Regional de saúde do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

O segundo artigo, tem como título “Mudanças no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a partir da adesão ao PMAQ-AB”, e objetivou analisar dados das duas primeiras avaliações externas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, relativos ao processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (AB) de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, que participaram do primeiro e segundo ciclos do Programa.



## REVISÃO GERAL DE LITERATURA

### 1. O Processo de trabalho em saúde

Historicamente, o homem age sobre a natureza e extrai dela matéria-prima para sua adaptação e sobrevivência; porém conforme ocorre essa adaptação, suas necessidades se modificam. Para satisfazê-las, transforma o ambiente ao seu redor por meio do trabalho, que é um ato intencional e planejado previamente no pensamento. A natureza do trabalho interfere nas condições de vida e saúde de quem o pratica, produz riqueza e, ainda, se constitui no centro de conflitos e lutas entre os que detêm os meios de produção e os que vendem a sua força de trabalho (LIEBER, 2008). Segundo Merhy e Franco (2009, p. 278): “O ato do trabalho funciona como uma escola, ele mexe com a nossa forma de pensar e de agir no mundo. Formamo-nos, basicamente, no trabalho”.

O trabalho se caracteriza como uma *ação instrumental*, no sentido de produzir algo a ser consumido, baseada em técnicas e regras delimitadas, e como uma *ação social*, que promove/define a interação social. A primeira refere-se a uma ação previamente projetada, porém, socialmente reconhecida, e a segunda, satisfaz as necessidades da sociedade, através de produtos e serviços. No entanto, trabalho é, também, um ato técnico, e se o processo de trabalho necessita dessas técnicas, elas não são, em si, a totalidade do trabalho desenvolvido. Na maioria das vezes, ensina-se mais sobre a técnica e sobre o objeto em que vamos intervir, do que sobre o resultado final dessa intervenção. O ato técnico é a repetição da ação por indivíduos diferentes, mas que devem obter o mesmo resultado, ao satisfazer pessoas distintas (SCHRAIBER et al., 1999).

Para a prática de quaisquer técnicas é necessário um conhecimento anterior que, por sua vez, torna-se mais apurado, conforme a complexidade da técnica, mas, também, leva a uma supervalorização das atividades que exigem técnicas de maior dificuldade (SCHRAIBER et al., 1999).

O trabalho em saúde tem particularidades, pois o seu produto é consumido em ato e envolve, na sua consecução, profissionais de saúde, usuários, e comunidade. O objeto-alvo da ação é representado pelo usuário, que traz consigo suas necessidades de saúde, os riscos a que está exposto, os agravos e as doenças já instaladas (MERHY; FRANCO, 2009; SANTOS, 2010).

Merhy e Franco (2009) descrevem que o trabalho em saúde, como todo trabalho, combina trabalho em ato (trabalho vivo) e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores (trabalho morto). Na fabricação de um carro, por exemplo, é necessária a utilização de placas de aço; no entanto, o trabalhador usa o aço que já foi transformado em placas. As placas de aço são o resultado de trabalho realizado anteriormente à produção do carro, provavelmente produzidas por um trabalhador de uma siderúrgica. O trabalho vivo interage o tempo todo com o trabalho morto (instrumentos, normas, máquinas, etc.) e, forma, assim, um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. O trabalho pode ser compreendido, ainda, como prática técnica e prática social. A atividade de construir um produto, com algum tipo de finalidade, como o carro que serve para se locomover de um lugar a outro, é uma prática técnica, mas também pode-se observar o trabalho como prática social, a partir da vinculação entre o trabalhador e o ato que ele realiza, do seu relacionamento com o ato produtivo, com os demais trabalhadores e com os usuários de seu produto – representado, na saúde, pelo ato de cuidar e, também, de realizar procedimentos.

Os atos em saúde podem ser entendidos como procedimentos, como por exemplo, os de operar ou vacinar. Para a realização de procedimentos, é necessária a utilização de ferramentas e dos saberes dos profissionais, para que a ação de saúde aconteça. Mas, anterior à realização do ato em si, é preciso, primeiramente, uma abordagem junto ao paciente, feita pelo profissional da saúde. A isso é que Merhy (1999) denomina trabalho vivo em ato, ou seja, o momento em que acontece a interação entre os dois sujeitos, e, durante o qual, geram-se falas, escutas e interpretações, que levam ao

acolhimento e às consequentes responsabilizações para a resolução do problema a ser enfrentado, e geram, com isso, vínculos e aceitações (MERHY, 1999).

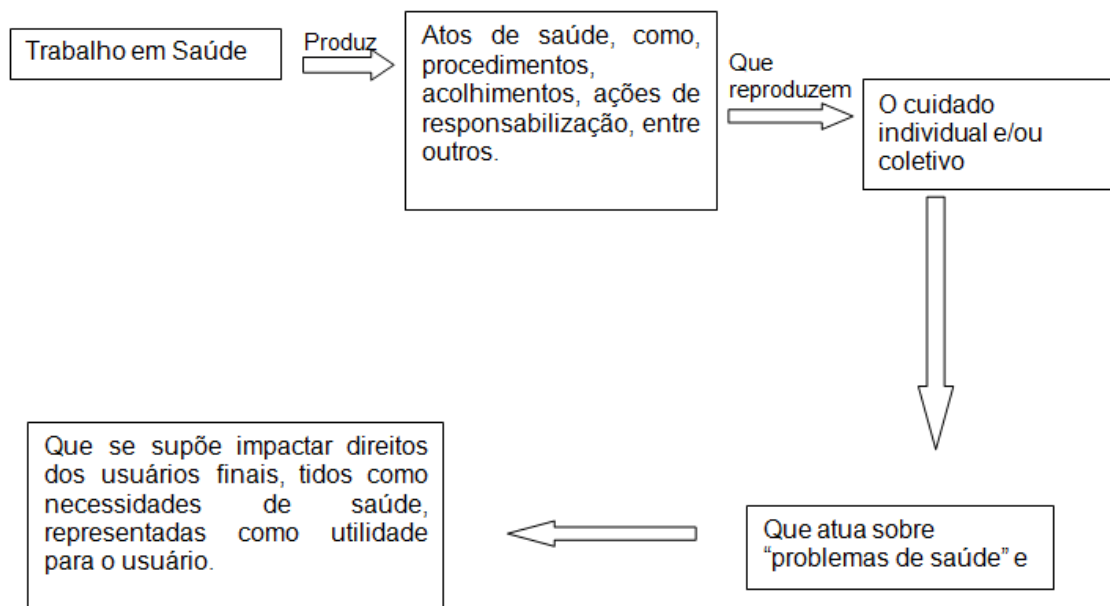
De acordo com Schraiber et al. (1999), o trabalho possui o saber tecnológico, ou seja, o conhecimento científico para racionalizar a ação, e o saber prático que, na execução da atividade, testa e enriquece o saber tecnológico. Na prática cotidiana, porém, profissionais são treinados a seguir as regras e realizar as técnicas, sem terem “tempo” para refletir sobre como agir, pois, da mesma forma, se comportam em sociedade: seguindo normas preestabelecidas, sem indagarem-se sobre suas intenções para e antes de agir.

Todo trabalho utiliza tecnologias (meios) para a sua realização, mas conforme as tecnologias sejam utilizadas, resultam em diferentes produtos. Merhy e Franco (2009) distribuem as tecnologias em saúde, em: leve, leve-dura e duras. Por exemplo, o encontro entre os sujeitos, suas falas e os sentimentos expressados são classificados como tecnologias leves. Nas formas de trabalhar, em que se necessitam de meios mais criativos e centrados na relação entre os sujeitos, tais como o saber técnico e o protocolo, a tecnologia utilizada classifica-se como leve-dura. Já os instrumentos e as máquinas, por exemplo, são chamados de tecnologias duras. No cuidado à saúde, utiliza-se das três tecnologias, arranjadas de maneiras distintas, mediante o modo de se produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2009).

Pode-se dizer, então, que na área da saúde, o trabalhador utiliza todas essas tecnologias em seu trabalho, mas nem sempre todas ao mesmo tempo. Por exemplo, no processo de cadastramento da população adstrita à área de abrangência de uma USF, ao chegar a um domicílio, o agente de saúde se apresenta e informa o motivo de sua visita (tecnologia leve); já ao preencher os formulários para realizar a coleta das informações, o trabalhador utiliza uma tecnologia leve-dura. Caso o indivíduo visitado descreva ao profissional alguma queixa de saúde, o agente, ao fazer a associação da queixa com um problema de saúde e realizar uma orientação e/ou encaminhamento, também nesse caso, irá utilizar-se de tecnologia leve-dura. Porém, ao verificar a temperatura do paciente, o termômetro utilizado estará caracterizado como tecnologia dura.

O processo de trabalho em saúde compreende o trabalho como diretamente produtor do cuidado e das ações assistenciais. Tratando-se, então, do trabalhador e das questões que envolvem o seu trabalho (SCHRAIBER et al., 1999), na Figura 1, está representado, esquematicamente, o processo desse trabalho em saúde.

**Figura 1** – Processo trabalho em saúde.



**Fonte:** Merhy (1999, p.307).

Para que o trabalho em saúde seja eficaz e resolutivo, é imprescindível que as equipes desempenhem suas funções utilizando os meios, instrumentos e tecnologias adequadas (SANTOS, 2010). Os meios para o trabalho, para este autor, são os saberes, os instrumentos e o trabalho em si, que é a atividade, a função realizada.

De acordo com Paim (2008), tanto os meios como o trabalho em si são essenciais para entender como os modelos de atenção se organizam para resolver os problemas e as necessidades de saúde.

No âmbito da saúde, o trabalho é composto pelos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, tais como profissionais de saúde, usuários e comunidade, entre outros. O objeto-alvo da ação é o usuário – e, numa dimensão mais ampliada pelos determinantes sociais da saúde–, as

necessidades de saúde, os riscos, os agravos e as doenças (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Os trabalhadores da área da saúde não podem ficar limitados às suas ferramentas e aos seus instrumentos para executarem as ações; devem, mais que isso, aprimorar a escuta, o acolhimento e o vínculo. Por meio do diálogo e do comprometimento, atribuem ao cotidiano a matéria-prima para a compreensão desse trabalho que, em seu fazer, produz subjetividades (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

O trabalhador é coparticipante nas ações e decisões; não está reduzido a agente passivo cumpridor de tarefas. Nessa perspectiva, o trabalho é visto como um processo de troca, com coparticipação e coresponsabilização (SEIDL et al., 2014).

Para melhor compreender o processo de trabalho em saúde e, em especial nas equipes de AB, é necessário entender que a interação entre os profissionais e suas ações não acontece de forma clara, simples, mas apresenta complexas relações. O homem para exercer interação, necessita de conhecimentos, saberes e práticas que lhes confirmem condições para atuar de maneira mais efetiva no desenvolvimento de seu processo de trabalho (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Cruz et al. (2014) chamam a atenção para o fato de que, na ESF, a indeterminação do processo de trabalho se dá por sua complexidade. Assim, quanto mais complexo o processo e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Por isso, faz-se necessário que os atores envolvidos, desenvolvam habilidades para o uso de instrumentos que lhes possibilite a reflexão e a transformação desse seu processo.

Do ponto de vista da legislação, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 (BRASIL, 2012b) define atribuições gerais, balizadoras, que orientam a organização do processo de trabalho das equipes de AB. No entanto, apesar dessas orientações gerais, cada equipe tem autonomia relativa para organizar o seu próprio processo, para definir como irá executar as diferentes atribuições e responsabilidades, quais tecnologias irá utilizar, ou seja, com autonomia relativa para planejar as ações coletivas e individuais.

Obviamente, isso não é simples, pois as equipes necessitam de apoio institucional, de acúmulo de conhecimento, de trabalho integrado e de uma visão tanto interdisciplinar, quanto intersetorial.

Neste sentido, um dos desafios do SUS é a valorização dos profissionais de saúde, atores essenciais para a incorporação de políticas e mudanças em seus processos de trabalho. Rizzotto et al. (2014) lembram que, num contexto de políticas neoliberais e de Estado mínimo, com baixo investimento em políticas sociais, como foi o da década de 1990, no Brasil e na América Latina, a ênfase se deu mais na gestão dos sistemas de saúde do que no trabalhador e no trabalho em saúde.

As consequências da secundarização do trabalhador mostraram que este ator é fundamental para a viabilidade dos sistemas de saúde, a ponto de fazer com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse, em 2006, a década dos Recursos Humanos em Saúde (2006-2016). Isso, no entanto, não impediu que se deteriorassem as condições de trabalho no setor saúde; ao contrário, progressivamente, os trabalhadores da área, como no geral, sofreram e sofrem com as transformações no mundo do trabalho, com a reestruturação produtiva, com as novas formas de gestão do trabalho, com o processo de terceirização, com a precarização dos vínculos de trabalho, ou seja, com os mecanismos que permitem ampliar a exploração do trabalho e do trabalhador (RIZZOTTO et al., 2014).

Essa realidade coloca, além dos desafios próprios do trabalho em saúde, outros desafios inerentes à sua gestão, no sentido de implementar as mudanças necessárias para a construção de um sistema universal e de uma AB resolutiva e de qualidade para todos.

É possível ter-se um sistema de saúde com mais qualidade quando se consegue unir o acolhimento, o ato em saúde e a responsabilização dos sujeitos envolvidos. Por isso, é necessária a observação atenta, para que os serviços de saúde não tenham como centro da atenção os procedimentos, mas, sim, as necessidades dos usuários (MERHY, 1999). Assim, é necessário interferir no campo da gestão e no planejamento da produção do cuidado, a partir da centralização no usuário.

## 2. Atenção básica em saúde: breve histórico

A saúde do indivíduo é determinada segundo sua exposição às condições nocivas ou saudáveis e segundo as condições distintas de vulnerabilidade (BARATA, 2009). As condições sociais de um povo são a base da suas condições de saúde; da mesma forma, a posição de cada pessoa em uma sociedade é determinante para sua própria saúde (BARATA, 2009; TEIXEIRA, 2009).

Historicamente, as necessidades de saúde das classes dominantes aparecem de forma mais expressiva, como se fossem as necessidades de saúde da sociedade em geral. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença está centrado na biologia individual; deixa de lado o caráter social e situa a doença como incapacidade para trabalhar, o que reflete diretamente na economia e na obtenção de lucros (LAURELL, 1982).

O modelo flexneriano<sup>2</sup> não incorpora as ações típicas da AB, as quais aparecem, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920. Esse documento contrapunha-se ao modelo flexneriano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual (OLIVEIRA, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006).

O relatório Dawson foi apresentado na Inglaterra e suas principais características são: ênfase na incorporação das práticas de AB; uso da rede regular de serviços como escola; Estado como regulador das políticas públicas de saúde; organização regional e hierarquizada; e integração das atividades preventivas e curativas, a partir do primeiro nível de atenção (OLIVEIRA, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006).

O modelo Dawson não ganhou tanto destaque como o modelo flexneriano, mas influenciou a constituição do sistema nacional de saúde da

---

<sup>2</sup> Tal modelo se originou a partir do Relatório Flexner (1910), que apontou as péssimas condições das escolas de medicina e sugeriu uma série de recomendações para organizar a formação médica, transformando não só a formação e a prática desses profissionais, mas dos demais trabalhadores da saúde, em grande parte do mundo ocidental. O modelo flexneriano se fundamenta em base biológica, com ênfase na especialização, na atenção individual e no atendimento hospitalar, sendo a saúde compreendida como a ausência de doenças. Aspecto que desde então se constituiu em um problema para a área da saúde pública e para a própria AB (CARVALHO, 2006).

Inglaterra, no final dos anos 1940, e ganhou força, a partir de 1974, quando Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde do Canadá, descreveu que o campo da saúde é composto por quatro fatores: o primeiro, o da biologia humana, que está relacionada à hereditariedade; o segundo, o do meio em que as pessoas vivem, ou seja, as condições de moradia, de meio ambiente e de trabalho; o terceiro fator, o do estilo de vida das pessoas e seus hábitos de vida; e, por fim, o quarto, o da organização da assistência à saúde, ou seja, como os sistemas de saúde se organizam (SCLIAR, 2007).

Este modelo ganhou maiores dimensões, a partir de 1978, com a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. A Conferência teve como principal objetivo a elaboração de normas e regulamentos internacionais para a saúde. Definiu a necessidade de se estabelecer uma rede de atenção primária de boa qualidade e acessível a todas as pessoas, como parte fundamental do plano "Saúde para todos no ano 2000" (SCLIAR, 2007).

Essa Conferência defendia a definição de AB como a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos, e em tecnologias acessíveis a indivíduos, famílias e comunidades, por meios aceitáveis e a um custo suportável. A AB passa a ser entendida como parte do sistema de atenção à saúde, no qual possui função central (SCLIAR, 2007).

No Brasil, fato marcante e fundamental para a discussão dos serviços de assistência à saúde ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referiu-se à sociedade como um todo e ao propor um novo sistema de saúde, o SUS, como constitutivo do ponto máximo do chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS) (BRAVO, 2001).

O MRS teve início durante a ditadura militar, inserido no contexto de lutas pela redemocratização do País. O modelo de atenção à saúde, naquela época, excluía a população mais pobre e não inserida formalmente no mercado de trabalho. O atendimento curativo era feito, sobretudo, em consultórios e hospitais privados, o que levava a um aumento nas internações hospitalares (SILVA, 2009).



O MRS ganhou força e lutou contra esse modelo, impulsionado pelo desejo de um novo sistema de saúde que tivesse cobertura universal, que atendesse à população de forma integral e com igualdade, e que retirasse os direitos à saúde da esfera trabalhista, remetendo-os à esfera do direito social (SILVA, 2009).

Com o SUS buscava-se reestruturar os serviços, para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos, conforme as necessidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Com a instituição do SUS, em 1988, e sua implementação a partir de 1990, este Sistema passa a ser considerado como a principal política de inclusão social da história brasileira (CARVALHO; CECCIM, 2006). O SUS divide-se em níveis de atenção primário, secundário e terciário, também denominados: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, respectivamente. Cada nível possui objetivos e responsabilidades específicas para atender às demandas com determinada complexidade, custo e necessidade de uso de tecnologia.

Para Cunha (2009), a AB tem sido considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Tem provocado debates, seja como parte integrante do sistema de proteção social, alvo de reformas setoriais focadas na contenção de gastos, seja por seu enfoque, posição na rede e função desempenhada enquanto conjunto de ações no interior do sistema de serviços de saúde.

Em 2006, com a criação da PNAB, buscou-se ampliar o escopo da AB, para o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade; integralidade em suas várias dimensões, com ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea; ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; vínculo e responsabilização entre equipes e população, com acompanhamento das pessoas ao longo da vida; valorização dos profissionais de saúde; avaliação e monitoramento sistemático dos resultados; e estímulo à participação popular e ao controle social (BRASIL, 2006a).

Em 2011, a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (PNAB-2011) reformula a PNAB-2006, ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a da ESF e para a do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo esta política, a AB:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012b, p. 19).

Giovanella e Mendonça (2008) entendem que um dos desafios do setor saúde foi o de reformular as prioridades do MS em relação à organização da AB. Nos últimos tempos, passou-se a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade e entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território que tenha por referência uma equipe de ESF. A ESF se constituiu num modelo de organização das ações e serviços de saúde, por meio da qual o nível primário de atenção se inseriu no SUS.

Destaca-se como desafios na AB, ao lado da integralidade das ações,

[...] um conjunto de questões que podem ser relacionadas como problemas para o trabalho gestor: interdisciplinaridade das técnicas, interação multiprofissional no trabalho em equipe e garantia da qualidade resolutiva da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários do serviço (PAIM, 1999, p. 243).

Com base na PNAB, a ESF é a estratégia prioritária para expansão e consolidação do primeiro nível de atenção e está sob a responsabilidade do MS e das secretarias estaduais de saúde, apoiar e estimular à adoção desse modelo de atenção como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde. O modelo assistencial da AB deve estar orientado pelos determinantes do processo saúde-doença e considerar o indivíduo no seu contexto familiar como parte de grupos e de comunidades socioculturais (FERTONANI et al., 2015).

No entanto, para consolidar o alcance da “condição de hegemonia do novo paradigma”, é imprescindível o apoio social, assim como, da mesma forma, a resolução dos problemas a que se propõe não deve se limitar à esfera da ESF, mas englobar todo o sistema de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, bem como a efetivação de ações intersetoriais. Esse modelo deve ser orientado pela integralidade e para as necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS, com vistas a superar problemas decorrentes da biomedicina, e por ser necessário considerar dois aspectos principais: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários (FERTONANI et al., 2015).

### 3. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A AB é o primeiro nível de assistência no âmbito do SUS e é realizada em unidades tradicionais ou pela ESF, ambas com características específicas em seus modos de organizar os serviços. Na ESF, os serviços são oferecidos nas Unidades de Saúde da Família (USF), destinadas a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional, habilitada para desenvolver as atividades características do nível primário de atenção tais como promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Segundo o MS (BRASIL, 2002; 2004), os integrantes que compõem estas equipes devem estar preparados para dar respostas aos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, por meio da organização de suas atividades em torno de alguns processos como:

1) Territorialização – após a formação de uma equipe de saúde da família, é necessário que esta conheça a população e o território de abrangência daquela USF. A representação dessa realidade pode ser um mapa com o maior número de informações possíveis sobre aquele território e sua população. Com essa atividade a equipe se apropria da área de abrangência e as informações geradas irão auxiliar no processo de trabalho;

2) Planejamento, programação e avaliação das ações – com o território definido e com os dados da população residente naquele território, o próximo passo é realizar o diagnóstico local, reconhecer o processo saúde-doença, estabelecer os principais problemas de saúde, conhecer o perfil epidemiológico da população e a garantia dos recursos necessários para o seu desenvolvimento. Para que isso ocorra de forma a interferir nas condições sanitárias da população adscrita, é preciso planejar, programar e avaliar, e tornar indispensáveis atividades como as reuniões de equipe e comunidade, para refletir as principais necessidades de saúde e dar prioridades ao desenvolvimento do trabalho e utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação, que permitam um monitoramento contínuo e sistemático das atividades desenvolvidas pelos integrantes da equipe de saúde da família;

3) O cuidado da saúde das famílias – são ações desenvolvidas com as seguintes perspectivas: (a) *Abordagem integral à família*: todo indivíduo está inserido em uma família e toda família vive em uma comunidade. Para atuar nestes espaços não basta o conhecimento tecnológico, faz-se necessário conhecer as potencialidades terapêuticas presentes nestas relações. É preciso que a equipe olhe a família de forma integral, reconheça sua capacidade de interferir na formação de indivíduos e grupos, e que considere, ainda, que ela está em constante transformação, com seus erros e acertos. Faz-se necessário também, que os profissionais conheçam as relações entre as famílias e a comunidade, que busquem entender como as pessoas se comportam, para colaborar, assim, com a elaboração de ações que promovam a saúde; (b) *Trabalho interdisciplinar em equipe*: uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Além dos procedimentos específicos de cada área, os diversos saberes acrescentam uma abordagem integral e resolutiva; para isso, deve a equipe conhecer as atribuições específicas de cada profissional, e compartilhar conhecimentos para favorecer o trabalho em grupo; (c) *Promoção e Vigilância à saúde*: neste aspecto, é importante que os profissionais da ESF compreendam que a saúde depende de um conjunto de ações compartilhadas entre os profissionais, indivíduos e a sociedade, envolvendo os diferentes setores.

Para desenvolver as ações de saúde voltadas a estas atribuições, os trabalhadores precisam conhecer os fatores socioeconômicos e ambientais que interferem na qualidade de vida das pessoas, em sua área de abrangência; estimular o controle social; e promover a intersetorialidade.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012b), a ESF é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS deve ser o bastante para cobrir 100% da população cadastrada, com um total de 750 pessoas por ACS, não excedendo o máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012b).

Cada equipe da ESF deve se responsabilizar, no máximo, por 4.000 pessoas, com uma média recomendada de 3.000, e com obediência aos critérios de equidade para essa definição. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, para que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor venha a ser a quantidade de pessoas por equipe. E vale lembrar que a carga horária dos profissionais que atuam na ESF deve ser de 40 horas semanais (BRASIL, 2012b).

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das USF devem ser organizados de modo a garantir o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2012b).

O trabalho em equipe multiprofissional é um desafio, pois, tradicionalmente, o trabalho em saúde é resultante das tarefas de um grupo de pessoas, organizados hierarquicamente. Na ESF, o propósito da equipe se dá pelo relacionamento entre os profissionais para desenvolver uma tarefa e pelo compartilhamento de seus saberes em torno do mesmo objetivo, cada um com suas atribuições específicas, mas que juntos almejam um resultado maior que a soma das tarefas que cada membro realiza isoladamente (PARANÁ, 2012).

O planejamento do trabalho das equipes de saúde é fundamental, tanto para estabelecer prioridades, organizar o atendimento e atender às demandas e necessidades da população, como para facilitar a reflexão da equipe sobre o seu processo de trabalho.

#### 4. Planejamento em saúde

Ao destacar a “AB como um espaço de processos de trabalho, produtores diretos da assistência e dos cuidados em saúde”, Paim (1999, p. 243) entende que planejar e gerenciar estão além da assistência prestada, pois englobam o desenvolvimento de outros trabalhos, que visam à realidade produtiva dos serviços em seus diversos fins.

Para Rivera e Artmann (1999, p. 356), o planejamento é o “momento de desenho – no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas”. Dessa forma o planejamento pode ser entendido como

[...] ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação. As próprias possibilidades do planejamento são interpretadas aqui como mediadas/subordinadas à cultura das organizações (RIVERA; ARTMANN, 1999, p. 356).

Como ato coletivo, o planejamento em saúde traz à tona um diálogo capaz de compartilhar a governabilidade, ao dispensar o poder e enfatizar a negociação política. Já o planejamento estratégico traduz-se pela ação interativa, pela adoção de parâmetros que possam ser discutidos, pela valorização da opinião do outro e pela abertura a projetos solidários que possam ser assumidos coletivamente como compromisso (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Ainda, nesta proposta de planejamento, ressalte-se que, se o trabalhador não participa ativamente do ato de planejar, ele tende a se considerar com pouca responsabilidade pelo resultado final. Mas, no modelo de participação e cooperação no planejamento, os trabalhadores são responsabilizados pela prestação de contas das ações desenvolvidas, já que as mesmas também foram planejadas por eles (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Schraiber et al. (1999, p. 230) destacam uma rica e completa utilização e aproveitamento de técnicas para planejar, ou seja, para produzir um plano, um projeto, para uma ação de trabalho futura. Podem-se utilizar tecnologias para a organização desse trabalho, assim denominadas de tecnologias de gestão: “um

saber capaz de produzir a planejada forma (organização) de realizar o trabalho em saúde”.

Muitas vezes o planejamento é visto como ato de organizar e/ou aprimorar o trabalho que será desenvolvido por outros, para atender às necessidades e satisfazer às exigências de uma melhor produção do trabalho. Nessa perspectiva, o planejamento assume características de ação meramente técnica: “estratégia racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar: ação estratégica para interesses do Estado, da empresa”. (SCHRAIBER et al., 1999, p.230).

Quem planeja tem o “poder” para realizar a tarefa de gestão e para utilizar-se de técnicas para organizar as técnicas de outros trabalhadores que irão realizar a assistência direta à população. Por isso, planejar é articular o político com o técnico-científico na produção do cuidado (SCHRAIBER et al.,1999).

Os trabalhadores frequentemente recebem os planos como algo dado, realizado com base em conhecimento técnico-científico, mas é preciso observar que a vida prática não está dada; ela precisa ser estudada e recriada na ação realizada no dia a dia do trabalho (SCHRAIBER et al., 1999).

Desempenhar a função de planejar e gerenciar significa “articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde” e promover a interação entre os profissionais de saúde que compõem as equipes e, destes, com os usuários, para, dessa forma, viabilizar planos éticos e políticos para a saúde. (SCHRAIBER et al.,1999 p. 246).

Paim (1999) afirma que, para trabalhar em equipe, é preciso um projeto assistencial comum a todos os agentes envolvidos no trabalho ofertado em uma unidade de saúde e, para que este projeto aconteça, é necessário que haja a prática comunicativa; a tolerância ante as diferenças e abertura de espaço para o novo; aceitação de críticas; conhecimento do trabalho dos diferentes profissionais que estão envolvidos; e o envolvimento de todos estes com o planejamento, execução e avaliação do plano.

Na prática, porém, o que acontece é que os projetos já vêm desenhados para os profissionais, como se, com esse ou aquele projeto, a equipe de saúde fosse capaz de resolver todos os problemas de saúde, com toda a



complexidade que o processo saúde-doença apresenta, tanto em se tratando de indivíduos, quanto da saúde de uma comunidade (PAIM, 1999).

Para Merhy (1999), na área da saúde, as ações são desenvolvidas em ambientes de tensão e conflitos, nos quais indivíduos com diversas intenções procuram se articular ou mesmo impor regras, para obterem reconhecimento social e terem suas necessidades atendidas. Assim, as ações de saúde, como trabalho vivo em ato, são executadas em um campo de incertezas, realizadas por diversos indivíduos que enfrentam, diariamente, as regras instituídas para o controle da organização. Mas, os trabalhadores também se autogovernam em seu trabalho vivo, segundo suas intenções e princípios.

As formas de gerenciar o serviço podem ter a intenção de mantê-lo estabilizado ou de mudá-lo, porém, independente de qual intenção tiver, articulam-se maneiras de controlar as ações nos serviços. Com esse controle, há a possibilidade de imposição de interesses particulares de alguns, como se representassem o interesse comum (MERHY, 1999).

A prestação dos serviços de saúde na AB está, na maioria das vezes, centrada na consulta médica, ou seja, tudo acontece ao redor do profissional médico: o preparo para a consulta com o médico, a realização de exames para avaliação médica, os encaminhamentos feitos pelo médico, a administração de medicamentos prescritos por ele, o tratamento de lesões conforme a orientação médica, a assistência na recuperação de pacientes, após terem passado por procedimentos médicos, entre outros, e, com isso, revelam uma gestão “microcontrolando os processos decisórios clínicos deste terreno profissional”. (MERHY, 1999 p. 310).

Cecílio (1999) afirma que a gestão é controladora, mesmo que os trabalhadores suponham participar da mesma, como na denominada gestão democrática e gestão descentralizada, entre outras. O autor exemplifica como se dão as tentativas de controle: por meio da definição da missão e visão da organização; pela implantação de organogramas horizontais que diminuem os níveis hierárquicos; pelo enfoque no trabalho em “equipe”, em que cada agente desenvolve suas ações, que posteriormente são agrupadas; pelos gerentes dos serviços nas unidades e apoio multiprofissional aos gerentes; pelo

destaque para a comunicação entre os profissionais e equipes distintas para agilizar a resolução de problemas; pela valorização da apresentação das informações de forma organizada, por meio de indicadores que monitoram as ações; pela criação de políticas próprias de avaliação e gratificação de desempenho, de acordo com instrumentos previamente acordados com os trabalhadores; por meio de adoção de ferramentas propostas pela gestão de qualidade; e pela criação de mecanismos formais e regulares, tanto de avaliação da satisfação dos usuários como de intervenção direta dos mesmos no processo de gestão.

A gestão democrática, entretanto, nem sempre é bem recebida pelos trabalhadores. Há resistências, não na forma de entendimento sobre este tipo de gestão, mas quanto a aderir ao modelo, devido à reação defensiva de “corporações” que se formam entre agentes com a mesma profissão, pois receiam perder o controle de sua autonomia e de seu poder (CECÍLIO, 1999).

O planejamento em saúde, como ato técnico-político, para ter eficácia, deve ser descentralizado e envolver os diversos atores interessados: equipe de saúde, gestão e usuários, porém, com a clareza de que poderão emergir conflitos nos diferentes momentos de elaboração, implementação e avaliação do plano, dados os interesses específicos, muitas vezes divergentes. O desafio é estabelecer prioridades que atendam às necessidades da população, sem desconsiderar as demandas e necessidades dos trabalhadores que colocarão em prática o plano. Nesse sentido, o apoio institucional, tanto na elaboração do plano como em sua implementação, é fundamental.

## 5. Apoio institucional e apoio matricial

O termo apoiador Institucional começou a ser utilizado, em 1998, para se referir às funções, na área da administração, das pessoas que trabalham com alguma forma de apoio às organizações, como as de assessor, consultor ou supervisor (BRASIL, 2013).

As expressões de cogestão e apoio surgem primeiramente no MS, com a Política Nacional de Humanização (PNH). Somente na terceira edição do documento base, em 2006, a PNH enunciou sua definição de apoio institucional, tendo sido a primeira área do MS a conceituá-lo. Em 2008, esse conceito ampliou-se para o de função gerencial “que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (BRASIL, 2008a, p. 52).

O apoio institucional tem como objetivos: (a) fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, articulados a conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão; e (b) oferecer suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, com o propósito de fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança (BRASIL, 2008a).

Ainda, de acordo com a PNH, o objeto de trabalho do apoiador é contribuir com o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Dessa forma, o apoiador deve estar inserido em movimentos coletivos, para ajudar na análise da instituição e buscar os novos modos de operar e produzir das organizações. O apoiador institucional tem as funções de: 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos que propiciem a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer, para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão, os processos de qualificação das ações

institucionais; e 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais e, com isso, contribuir para a melhoria da qualidade da gestão no SUS. Assim, a função apoio apresenta-se como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, a fim de qualificar sua própria intervenção e sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros. (BRASIL, 2008a).

Campos e Júnior (2014) associam a produção organizada de textos e documentos do MS ao referencial de apoio “Paideia - Método da roda”: uma tentativa de aumentar a capacidade das pessoas de se envolverem com o poder, despertando nelas a percepção das relações de afeto e sentimentos, com o conhecimento que elas possuem, o que influencia suas atitudes no momento em que estão realizando suas tarefas e contribui, assim, para a construção da cidadania e de uma sociedade democrática.

Para colaborar com a forma de gerenciar os serviços de saúde, o apoio matricial surge para organizar a relação entre os profissionais generalistas e os especialistas, e para deixar acessível a escolha das ações das equipes de saúde responsáveis pela clínica e pelo cuidado (BRASIL, 2006b).

Ainda, em Campos e Júnior (2014), o apoio institucional é considerado uma estratégia de gestão e um método de cogestão, pois apoia a formulação e a execução e, ao mesmo tempo, uma postura ético-política, ao objetivar a democracia institucional e a construção da autonomia dos sujeitos. Para os autores, atualmente, o apoiador institucional recebe estatuto e cargo de gestão, com definição de papéis e atribuições: torna-se responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento.

É importante ressaltar que o apoiador não realiza seu trabalho pela ou para as equipes e, sim, com as equipes; bem diferente das tradicionais assessorias e consultorias, ele colabora com a análise, elaboração e planejamento de tarefas e de projetos de intervenção. Compromete-se, desta forma, com as equipes, e não apenas com a alta direção da instituição, sem

deixar esquecidas as diretrizes dos níveis superiores da gestão (CAMPOS; JÚNIOR, 2014).

Nas diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS, o papel do apoiador deve “estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações [...], na articulação entre o cuidado e a gestão – onde estes domínios se interferem mutuamente” (BRASIL, 2013 p.13).

O trabalho do apoiador envolve três tarefas: “ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das Políticas de Saúde” (BRASIL, 2013 p.13).

Já o apoio matricial é definido como

[...] nova lógica de produção do processo de trabalho, onde um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que ao mesmo tempo que o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, também funciona como apoio, referência para outras equipes. (BRASIL, 2006b, p. 36).

O apoio matricial em saúde tem como objetivo dar suporte técnico e pedagógico para as equipes que realizam a assistência à saúde e que enfrentam diversos problemas diariamente, com o propósito de organizar os serviços de referência e contrarreferência, ou seja, quando os problemas de saúde precisam ser encaminhados para outros serviços, pois não são realizados no nível de AB (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As diretrizes são organizadas entre as equipes de referência e os profissionais que oferecem o apoio matricial, para que possam colaborar na definição das responsabilidades dos membros da equipe e dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes ou profissionais de referência são aqueles que:

[...] têm a responsabilidade pela condução (tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica de um caso

individual, familiar ou comunitário) (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400).

Têm por objetivo aumentar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Portanto, o apoio institucional como o matricial são importantes estratégias para aumentar a resolutividade e qualificar o trabalho na AB.

## **6. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB)**

De acordo com Pinto, Sousa e Ferla (2014), a origem do PMAQ-AB se deu no início da gestão do governo Dilma, quando a AB passou a ser prioridade na política de governo, dada a observação de persistentes problemas, resultantes, principalmente, da insuficiência de recursos, das estruturas inadequadas das unidades de saúde, da falta e/ou utilização inadequada dos recursos de informática, da deficiência na acessibilidade da atenção, das dificuldades para o desenvolvimento da intersectorialidade, e dos problemas relacionados à gestão do trabalho, à falta de profissionais especializados para este nível de atenção e à desvalorização da AB pelos usuários, se comparada aos demais níveis de atenção.

O programa foi elaborado a partir de um amplo processo de mobilização de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários com a finalidade de implantar mudanças no processo de trabalho, com capacidade de impactar o acesso e a qualidade dos serviços, associado a uma avaliação e certificação que vincula repasse de recursos aos municípios (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Como afirmado anteriormente, o PMAQ-AB foi criado em 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.654/2011, para cumprir o propósito central de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica. O Programa definiu como objetivos específicos:

- I. Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II. Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III. Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

- IV. Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- V. Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI. Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VII. Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2015, p. 8-9).

O PMAQ-AB trabalha com indicadores de desempenho e de monitoramento a partir de um processo que é composto por três fases: (1) adesão e contratualização; (2) avaliação externa e certificação; e (3) recontratualização, além de um eixo transversal de desenvolvimento, composto por cinco dimensões: a) autoavaliação, b) monitoramento de indicadores, c) educação permanente, d) apoio institucional, e f) cooperação horizontal.

### *6.1 Primeira fase – adesão e contratualização*

Nesta fase, as equipes da ESF e equipes de AB de outras modalidades, desde que se incluam nos critérios estabelecidos, efetuam a adesão ao Programa pela contratualização de indicadores e compromissos a serem realizados pelas equipes de saúde, gestores municipais e MS, ao longo do ciclo que, em média, dura dois anos.

Concluída a contratualização o município passa a receber o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que para o terceiro ciclo do PMAQ-AB, iniciado em 2016, corresponde aos seguintes valores por equipe: Atenção Básica sem Saúde Bucal, R\$ 1.700,00; Atenção Básica com Saúde Bucal, R\$ 2.200,00; Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo I, R\$ 1.000,00; Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo II, R\$ 600,00; e Núcleo de Apoio à Saúde da



Família Tipo III, R\$ 400,00. O repasse ocorre por meio de transferência fundo a fundo, após publicada portaria específica de homologação da adesão e (re)contratualização das equipes e dos municípios participantes (BRASIL, 2015).

## 6.2 Segunda fase – avaliação externa e certificação

A segunda fase do PMAQ-AB deve ser entendida como um momento de reconhecimento dos esforços da equipe e do gestor municipal no sentido de melhorar a qualidade da AB. A certificação consiste em avaliar as condições de acesso e de qualidade das equipes de AB e aborda três aspectos: a) Avaliação externa de desempenho, cuja coleta de dados é feita por entrevistadores sob a coordenação de instituições de ensino e/ou pesquisa; b) Verificação da realização da autoavaliação; e c) Avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados no momento da adesão e/ou recontratualização. (BRASIL, 2015).

A avaliação externa consiste na coleta de dados dos seguintes módulos: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde; e Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade de Saúde. Para as unidades com Saúde Bucal (SB) e NASF outros módulos são acrescentados: Módulo IV – Processo de trabalho dos profissionais do NASF; Módulo V – Condições de funcionamento das equipes de SB; e Módulo VI – Processo de trabalho das equipes de SB. Os instrumentos de avaliação externa contemplam elementos relacionados às características estruturais e de ambiência da UBS tais como disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos, que serão observados pelo entrevistador, assim como elementos relacionados à organização do processo de trabalho, que serão verificados mediante entrevista com profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

O resultado final, ou seja, a certificação da equipe resulta de uma equação que envolve a autoavaliação, a análise dos indicadores contratualizados e os resultados da avaliação externa, conforme Quadro 1.

**Quadro 1** – Distribuição dos percentuais para certificação, segundo as ações desenvolvidas

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação externa	60%

**Fonte:** Brasil (2015, p.33).

Após o processo de avaliação externa, as equipes são classificadas para receberem valores, que serão determinados por seus desempenhos: ótimo, muito bom, bom, regular ou ruim. Esse repasse financeiro às equipes pode variar entre R\$ 2.667,67 e R\$ 21.333,33 (BRASIL, 2015).

No primeiro ciclo de avaliação externa, ocorrido entre 2012-2013, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS e a Rede de Pesquisa em APS, em conjunto com mais de 40 Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o território nacional, colaboraram desde o desenvolvimento do instrumento de avaliação, a escolha de estratégias, a forma do trabalho de campo, em nível nacional, até à aplicação dos questionários nos mais de cinco mil municípios brasileiros (FAUSTO et al., 2014).

Da mesma forma, no 2º ciclo, corrido entre 2014/2015, a coleta de dados contou com a colaboração de instituições de ensino/pesquisa.

Cabe ressaltar que a avaliação na AB não é uma prática recente, em 1998 desenvolveu-se um sistema para armazenar e processar as informações relacionadas à AB, o Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), cujas informações são utilizadas para a tomada de decisões do MS acerca da gestão da AB em nível nacional (BRASIL, 1998a).

O sistema também contém informações para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e deve ser uma ferramenta utilizada pela equipe de saúde da família para traçar estratégias,

definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (BRASIL, 1998a). Contudo é válido destacar que, o ato de avaliar só acrescenta valor e sentido quando o conhecimento e o uso das informações geradas, produzem melhorias na instituição e nos profissionais.

Em 1999, foi implantado o Pacto de Indicadores da AB, que se constituiu em um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da AB em todo território nacional. Um importante mecanismo para direcionar as ações com o objetivo de alcançar metas desejáveis, por meio do processo de pactuação, através de estratégias envolvendo as três esferas de governo na gestão do SUS; monitoramento e análise de indicadores, subsidiar os gestores da AB na definição do planejamento das ações; estimular um processo crítico reflexivo de negociação de metas e análise de resultados; promover a melhoria do conhecimento e utilização das informações dos sistemas de saúde (BRASIL, 1998b; BRASIL, 1999).

A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), criada em 2000, nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à AB. As competências dessa coordenação eram: desenvolver metodologias de avaliação para implantação de um sistema de avaliação da AB; gerenciar o SIAB para análise situacional, considerando o perfil epidemiológico da população e a oferta de serviços na AB; divulgar as informações do SIAB para as gestões municipais, com o intuito de reorientarem suas ações; desenvolver pesquisas avaliativas relacionadas à AB a partir de situações-problema identificadas; articular com instituições formadoras e polos de formação, capacitação e educação permanente, para formação de multiplicadores em avaliação (BRASIL, 2005b).

Entre junho de 2001 e agosto de 2002 realizou-se uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família, buscando caracterizar o processo de implantação das equipes no Brasil,

quanto à infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

Com a implantação da PNAB em 2006, redefiniram-se as responsabilidades sobre ações de monitoramento e avaliação da AB, competindo aos municípios e MS, além de outras ações, elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da AB na esfera municipal; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AB (BRASIL, 2006a).

Em 2008 o Departamento de Atenção Básica do MS, em cooperação com a Universidade Federal de Minas Gerais e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) propôs um estudo amostral com o objetivo de conhecer os avanços e desafios presentes no desenvolvimento das atividades das equipes de ESF. A pesquisa contou com entrevistas de profissionais das equipes e de observação direta por parte do entrevistador para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados (BRASIL, 2008b).

São experiências anteriores levadas em consideração na formulação do PMAQ-AB e de seus processos avaliativos, tanto o externo como o de autoavaliação das equipes

### *6.3 Terceira fase – reconstrução*

A reconstrução é a que completa o ciclo, ou seja, no momento em que a equipe elabora o novo plano de ação e pactua indicadores e compromissos a serem desenvolvidos no período dos 18 meses seguintes, até a nova avaliação externa. Assim, o desempenho não será comparado somente ao das outras equipes, em nível nacional, mas também ao seu próprio desempenho.

Visto que o Programa se constitui de ciclos contínuos, que estimulam a equipe a buscar progressão a partir do resultado alcançado – com o

desenvolvimento de todas as fases em ciclo anterior –, torna-se possível definir como está a realidade da região e, com isso, promover níveis de comparação mais equitativos entre as equipes (BRASIL, 2015).

No entanto, essa comparação não deve ser realizada apenas com as outras equipes, mas com a análise do próprio avanço que se obteve e que, assim, seja capaz de estimular a equipe a prosseguir sempre em busca de melhorias.

#### 6.4 Eixo transversal de desenvolvimento

Este eixo é assim denominado porque acontece durante todas as fases do Programa:

[...] consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2015, p. 23).

Este eixo subdivide-se em cinco dimensões denominadas de: a) autoavaliação, b) monitoramento de indicadores, c) educação permanente, d) apoio institucional, e f) cooperação horizontal (BRASIL, 2015).

- a) Por meio do processo de *autoavaliação*, as equipes de saúde identificam aspectos positivos e aspectos problemáticos existentes em seus processos de trabalho, produzindo reflexões e iniciativas no sentido de enfrentar e resolver os problemas prioritários.

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2015, p. 24).

O instrumento proposto para o exercício da autoavaliação é o AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). O AMAQ foi construído a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality book of Tools. (BRASIL, 2012a. p.18). O AMAQ se pauta em cinco diretrizes a saber:

- I. Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- II. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;
- III. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;
- IV. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dê por meio de escala numérica; e
- V. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade (BRASIL, 2015, p. 25).

Sarti et al (2012), em estudo que avaliou a implementação de ações e ferramentas essenciais para o planejamento local pelas equipes de saúde da família, percebeu médias baixas de respostas afirmativas aos padrões de qualidade do caderno de autoavaliação, do AMQ, e dificuldades de se articularem essas ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento das intervenções no contexto local.

A proposta da autoavaliação nos serviços de AB dirige-se aos diversos atores envolvidos no processo e necessita apresentar padrões de referência para organizá-los. Não se apresenta como uma atividade final, mas como um meio que estimule e oriente o alcance da qualidade dos serviços. O AMAQ apresenta padrões de referência de qualidade a serem atingidos e, por isso,

cultiva de tal forma, a busca da excelência, mais do que o simples inquérito avaliativo (SILVA; CALDEIRA, 2010).

b) Por meio do *monitoramento*, efetua-se o acompanhamento do impacto das ações em saúde realizadas. Por meio dos indicadores contratualizados, torna-se possível efetuar um diagnóstico de prioridades de educação permanente e de apoio institucional, além de programação e contratualização de ações que serão necessárias para a melhoria dos processos de trabalho. Esta etapa constitui um dos elementos essenciais para a implementação do Programa (BRASIL, 2012a). Em síntese o monitoramento busca:

- I. Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
- II. Subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;
- III. Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV. Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas e resultados alcançados; e
- V. Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB a enfrentarem os desafios (BRASIL, 2015, p. 25-26).

É essencial para a tomada de decisão em qualquer serviço oferecido, a implementação de métodos que influenciem uma gestão de qualidade, como processos e práticas de monitoramento e avaliação. Monitorar é fundamental para orientar e acompanhar o desempenho de um projeto e/ou de metas estabelecidas (CARVALHO et al., 2012).

Desempenhar processos de trabalho sem realizar a ação de monitoramento, pode ser comparado ao mesmo que pilotar um avião sem a

utilização de ferramentas que indiquem a localização, a altitude, a velocidade, etc., o que aumenta as chances de a ação falhar, “dar errado”, ou seja, se afasta da possibilidade de alcançar seus objetivos (OLIVEIRA; REIS, 2016).

c) A *Educação permanente* é uma ação fundamental e deve estar agregada ao processo de trabalho na AB para melhorar as suas práticas. A mudança do modelo de atenção, requer rever o processo de qualificação dos serviços e profissionais, assim como as mudanças no processo de trabalho em saúde. Constitui-se em uma estratégia pedagógica que contribui para a melhoria do trabalho, e pode aproximar o gestor, trabalhadores de saúde e usuários na busca de soluções para melhoria dos problemas locais (LIMA et al., 2010).

O PMAQ-AB estimula o desenvolvimento de cursos e processos formativos que atendam às necessidades dos trabalhadores, e que amplie suas alternativas para responderem aos desafios apresentados. Dá-se destaque para a responsabilidade das gestões estaduais e municipais, no fomento para a educação permanente, na AB (BRASIL, 2015).

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor saúde, a fim de que ele se torne lugar de crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Tem, também, a finalidade de qualificar as ações e serviços e ser uma estratégia importante para a concretização das mudanças na prática do trabalho: estimula os envolvidos a refletirem sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. É compreendida, por isso, como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, cuja finalidade é melhorar a assistência em saúde (VIANA et al., 2015).

d) *Apoio institucional* é o gerenciamento de uma organização, que através da coordenação, planejamento, supervisão e avaliação empenha-se em revisar o modelo de trabalho, identificando e destacando os problemas da realidade. Propicia relações horizontais e democráticas, para que trabalhadores e gestores se organizem para oferecer com mais qualidade os serviços de saúde. O apoio institucional pode ser desenvolvido através de ações como a



elaboração das agendas das equipes, implantação do acolhimento à demanda espontânea, construção de projetos terapêuticos singulares, organização das redes intersetoriais, monitoramento de indicadores, planejamento das ações e mediação de conflitos que podem ocorrer entre a equipe, usuários e gestores (BRASIL, 2015).

Para Oliveira e Campos (2015), a cogestão pode ser uma forma de realizar o apoio, que pode ser utilizado pela gestão para promover a democracia nas organizações. A metodologia que caracteriza o apoio institucional busca revisar os mecanismos de gestão mais tradicionais, a partir da realização de cogestão. Estimula o desenvolvimento de interações tanto na análise como na operacionalização das ações. Com isso, procura transformar “[...] a forma de se desempenhar as funções gerenciais como a de coordenação, planejamento e direção” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015. p. 236).

e) A *Cooperação horizontal* é uma proposta às equipes participantes para que compartilhem as experiências e possibilitem o aprimoramento de suas práticas, reconhecendo que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e a troca desses saberes e práticas podem colaborar no fortalecimento da AB. Constitui-se em outra forma de enfrentamento dos problemas na saúde, no nível de gestão e de processo de trabalho. Também, pode ser entendida como uma forma de produzir o conhecimento a partir das práticas, estimulando a formação de redes solidárias entre as equipes que compartilham suas experiências (BRASIL, 2015). A cooperação horizontal pode ser efetivada entre equipes de um mesmo município ou de municípios vizinhos, sempre visando a troca de experiências e a melhoria da oferta de serviços à população.

## 7. A avaliação em saúde

No Brasil, a crise dos anos de 1970 e 1980, que atingiu fortemente o setor saúde pelos altos custos que a medicina curativa impunha, levou o governo militar a buscar formas de racionalizar os custos dos serviços de saúde, para evitar reduzir ainda mais a oferta de serviços que já era limitada a uma parcela da população.

Essa era uma questão difícil de equacionar, pois os problemas de saúde aumentavam e os serviços oferecidos não conseguiam resolvê-los (gastava-se muito e os resultados eram pífios), complicando ainda mais a situação econômica do governo. Nesse contexto era necessário encontrar uma maneira de enfrentar o problema, e a avaliação no setor da saúde surge como mecanismo para racionalizar o uso de recursos públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Passos et al. (2008) descrevem que, nos anos de 1980, quando o setor da saúde passava por grande crise, devido ao aumento com os custos nos serviços de saúde e o crescente aumento dos problemas, evidenciou-se a necessidade de reorganização do sistema de saúde nacional, e teve-se a avaliação como aspecto importante para atingir os objetivos de redução dos custos com a saúde e a busca por eficiência nos serviços oferecidos.

Viacava et al. (2004), na mesma direção, afirmam que devido aos grandes gastos com a saúde, por volta dos anos 1980, passou-se a perceber a necessidade de reformar o sistema de saúde vigente no País. Na época, o Brasil já apresentava grandes diferenças sociais e, por consequência, diferentes condições de saúde. Portanto, o novo sistema deveria ser mais equitativo para atender a tais desigualdades ao mesmo tempo em que ajustasse custos.

A avaliação passou, então, a ser utilizada nos serviços de saúde com maior frequência e, até hoje, é umas das práticas que colabora no avanço e na melhoria da oferta e na qualidade da assistência.

Arnold, citado por Champagne et al. (2011, p. 43), define a avaliação como “retroação planejada e sistemática de informações necessárias para

guiar à ação futura”; melhor dizendo, a avaliação colabora para a tomada de decisão prévia as ações futuras. Ou ainda, busca-se modificar o que está preestabelecido, por meio de etapas muito bem pensadas e organizadas, para que o desenvolvimento das novas ações obtenha resultados diferentes. Também é utilizada com outra finalidade e, neste caso, pode ser entendida como o que é estabelecido pela realidade, por exemplo, se a ação realizada alcançou o que havia sido proposto.

A avaliação é a determinação (baseada em opiniões, dados objetivos ou subjetivos) dos resultados obtidos por uma atividade que fora estabelecida para realizar um objetivo ou quaisquer objetivos, ou seja, verificar se houve o alcance dos objetivos (SUCHMAN *apud* CHAMPAGNE et al., 2011, p. 43).

Champagne et al. (2011) entendem a avaliação como um julgamento sobre o que foi realizado ou que se realiza no momento, mas defendem que tal julgamento possa ser aceito e analisado pelos sujeitos avaliados ou envolvidos no objeto que foi examinado, e, com isso, possa somar-se à construção de novas ações, que levem à modificação da realidade. Assim, os autores afirmam que avaliar:

[...] consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 44).

Spinelli (2008) levanta questionamentos em relação à avaliação, perguntando-se se os problemas que enfrentamos estão dados pela falta de avaliação? Se houvesse mais avaliação, se solucionariam? Quanto do assinalado como problema se relaciona com a razão instrumental? Basta saber qual o instrumento necessário para resolver o problema? O autor ainda faz uma observação, na qual cita que há muita capacitação e pouca mudança, pois as discussões limitam-se ao “porque dos problemas” e não avançam ao “como” resolvê-los; por isso, considera que avaliar é:

[...] um processo que consiste em determinar e aplicar critérios e normas, com a finalidade de realizar um julgamento sobre os diferentes componentes do programa, tanto no estado de sua concepção, como de sua execução, assim como sobre as etapas do processo de planejamento que são prévios à programação (PINEAUT *apud* SPINELLI, 2008, p.106).

A conceituação de Spinelli sobre avaliação compreende a definição de meios para presumir as etapas de um programa, desde sua implantação, até seu desenvolvimento.

Isso se aproxima do propósito da presente pesquisa que é, em alguma medida, analisar as mudanças no processo de trabalho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Vale lembrar que o PMAQ-AB é um programa que se propõe mobilizar trabalhadores, usuários e gestores dos níveis municipal, estadual e federal, para promover mudanças no processo de trabalho, com a perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Envolve um processo de avaliação e certificação que destina o repasse de recursos, conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo Programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Para que a avaliação possa colaborar no controle e na qualidade dos serviços realizados, é preciso incentivar e oportunizar a negociação entre gestores e trabalhadores, para que estes retomem sua valorização. Atender às normas, metas e seguir os padrões estabelecidos, não é suficiente, os gestores e profissionais da saúde devem se atentar para as peculiaridades, como a grande demanda de condições agudas e crônicas de saúde; a qualidade do atendimento individual e coletivo; a cobertura completa da população adscrita e seguir os princípios normativos do SUS, como a universalidade, que deve ser oferecida com qualidade (SCHRAIBER et al., 1999).

A AB é um serviço complexo da área da saúde, pois envolve diversos processos de trabalho, e para avaliá-la é necessária uma metodologia que dê conta do conjunto pela integração dos diversos trabalhos realizados. Além disso, a estratégia da ação deve, também, estar articulada com a avaliação da qualidade de comunicação, ressaltando-se, assim, a importância de registros que possam ser compartilhados entre os agentes da equipe (SCHRAIBER et al., 1999).

Todo o trabalho deve ser planejado com antecedência, e por etapas, como a escolha do objeto, o estabelecimento dos padrões de operação e suas análises. Porém, quando o plano já está dado e necessita apenas da avaliação dos processos de trabalho isolados, essa avaliação fica abstrata, como, por exemplo, em relação a um atendimento médico, que possua protocolo de atendimento definido para uma determinada doença; a avaliação mostra-se incapaz de revelar a recriação efetivada sob o plano inicial para realizar o trabalho (SCHRAIBER et al., 1999). Isso não desconsidera a necessidade daquele outro sentido de avaliação, em que se valorize o conhecimento e a construção da prática comprometida.

## REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 1º. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica. Gabinete do Ministério / Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 1998b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº476, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. Gabinete do Ministério / Ministério da Saúde, Brasília, DF, 14 abr. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed.– Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed.– Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica de 15 de abril de 2008. Realizará a pesquisa intitulada: **Saúde da Família no Brasil - Situação Atual e Perspectivas** - Estudo Amostral 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 15 abr. 2008b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/31/4.%20c%20-%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Uma das estratégias utilizada pelo Ministério da Saúde no processo de cooperação a estados e municípios, como forma de potencializar a sua ação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRAVO, M. I. S. **Políticas de Saúde no Brasil**. Capacitação para conselheiros de saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 399-407, 2007.

\_\_\_\_\_; PEREIRA JÚNIOR, N. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. (org.) Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec, p. 231-258, 2006.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 907-911, 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 975-986, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, 1999.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. A Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (org.). Tradução de Michel Colin. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CRUZ, M. M.; SOUZA, R.B.C.; TORRES, R.M.C.; ABREU, D. M.F.; REIS, A.C.; GONÇALVES, A. L. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, 2014.

CUNHA, E.M. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: Avaliando os Modelos Assistenciais do SUS**. Rio de Janeiro, 2009.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. S. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.6, p. 1869-1878, 2015.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à



saúde, na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino-americana de Salud**, México, v. 2, p.7-25, 1982. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

LIEBER, R. R. O princípio da precaução e a saúde no trabalho. **Saúde soc.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 124-134, out.-dez. 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/13.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2013.

LIMA, J. V. C.; TURINI, B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; LEPRE, R. L.; MAINARDES, P.; JUNIOR, L. C. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJVM, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 05 de nov. 2015.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII. São Luiz: UFMA, 2016. Disponível em: <[http://repcursos.unasus.ufma.br/gestao\\_saude\\_20161/curso\\_5/und1/media/pdf/livro\\_pdf.pdf](http://repcursos.unasus.ufma.br/gestao_saude_20161/curso_5/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf)> Acesso em: 10 de jun. 2017.

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do único território do SUS**. 2005. 106f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1\\_2005.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1_2005.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2014.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

\_\_\_\_\_. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Formação de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Formação inicial para agentes comunitários de saúde**. Curitiba: SESA, 2012. 304p.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R.; SOUZA, T. P.; GONÇALVES, L. L. B.; TALLEMBERG, C.; CARVALHO, H. F.; et al. A dimensão instituinte da avaliação. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; BENEVIDES, R. (org.) **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F.; GIL, C. R. R.; CARVALHO, M.; FONSECA, A. L. N.; SANTOS, M. F. S. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014,

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. Jequié, BA: UESB, 2010.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L. e KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

SEIDL, H.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 18, n. 1. p. 221-232, 2013.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Revista Saúde em debate**, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

SPINELLI, H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas de trabalho. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; BENEVIDES, R. (org.) **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA C. F., SOLLA J. P. (org.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, P. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 33, 2009.

VIACAVA F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; CARVALHO, J.; NOVAES, H.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do

desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, D. M.; ARAÚJO, R. S.; VIEIRA, R. M.; NOGUEIRA, C. A.; OLIVEIRA, V. C.; RENNÓ, H. M. S. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/470/868>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

## **ARTIGO 1**

### **O PMAQ-AB NA VISÃO DE TRABALHADORES QUE PARTICIPARAM DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PROGRAMA EM REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

#### **RESUMO**

Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, que objetivou analisar as mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes pertencentes a 10ª Região de Saúde do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Realizou-se entrevista em profundidade, com análise temática de conteúdo para tratamento dos dados. Os resultados apontaram aspectos positivos como melhor organização e registro das informações; planejamento a partir da autoavaliação; e a avaliação externa, como estratégia de mobilização da gestão e das equipes. No entanto, é necessário maior envolvimento das equipes na contratualização e monitoramento dos indicadores do Programa, assim como melhor uso das ferramentas da autoavaliação no planejamento local.

**Palavras chave:** Programas Nacionais de Saúde; Fluxo de Trabalho; Pesquisa Qualitativa.

### **PMAQ-AB ACCORDING TO WORKERS WHO PARTICIPATED IN THE TWO FIRST CYCLES OF PARANÁ'S PROGRAM IN REGION OF HEALTH**

#### **ABSTRACT**

Field research, with qualitative approach, which intended to analyze effects of admission, external assessment and work organization processes for 21 staffs assigned to Parana state's tenth regional section of public health, who took part in the tow first cycles of Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (National program for improvement of access and quality to basic care). The interview with the professional was thorough, consisting of a thematic review of content to treat data. Results showed positive aspects such as better organization and registration of information; planning after self-assessment; and external assessment, as a strategy to mobilize and manage staffs. On the other hand, it is not only necessary a bigger involvement of staffs in the processes of contracting and indicator monitoring of the program but also a wiser use of self-assessment tools on local planning.

**Keywords:** national health programs; work flow; qualitative research.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), como parte importante dos sistemas de saúde, é desenvolvida por meio de tecnologias simples e de baixo custo – eficientes para este nível de atenção, pois podem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde –, e contribui para a coordenação do cuidado na rede assistencial (BRASIL, 2015b). Isso tem tornado a AB um mecanismo para a reformulação das políticas públicas de saúde e para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2008).

A Atenção Primária à Saúde é a proposta mais inovadora no sentido de repensar o modelo hegemônico centrado na figura do médico e no tratamento de doenças com base na especialização, na medida em que se baseia no trabalho de uma equipe multidisciplinar e na promoção e prevenção da saúde.

Passados quase 40 anos da Conferência de Alma Ata (1.978), a qual considerou os cuidados primários à saúde como estratégia fundamental para a promoção das Reformas Sanitárias em vários países, inclusive no Brasil, as ações desenvolvidas atualmente neste nível de atenção, além de reorganizar o sistema de saúde, mantém vivo o debate acerca de sua função, destacando-se a necessidade de fortalecer suas potencialidades e superar seus desafios (DORICCI; GUANAES-LORENZI; PEREIRA, 2017).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, descentralizaram-se as ações de saúde para os estados e, principalmente, para os municípios, o que ampliou o alcance da AB com o intuito de tornar os serviços deste nível de atenção mais acessíveis a toda a população (SILVA, 2009).

Desde os anos 1990, iniciativas de ampliação da AB foram implementadas, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, como um Programa, passando a ser a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial.

Mais recentemente, em 2011, com o intuito de fortalecer a AB, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela Portaria 1.645, do GM/MS. O referido programa tem como objetivo:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015a, p. 8).

O programa foi elaborado a partir de um amplo processo de mobilização de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários, com a finalidade de operar mudanças no processo de trabalho das equipes de AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) contribuíram para esse processo no sentido de defender a necessidade da qualificação da AB, para que assuma seu papel como coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção (MENDES; MARQUES, 2014).

O PMAQ-AB visa provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem, por meio de mecanismos que envolvem análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos aspectos que o compõem (PINTO *et al.*, 2014).

Um ciclo completo do PMAQ-AB tem duração média de dois anos e possui três fases: (1) adesão e contratualização, (2) avaliação externa e certificação e (3) recontratualização, além de um eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal. Desde sua criação, em 2011, já foram realizados dois ciclos completos (2012/2013 e 2014/2015) e iniciado o terceiro ciclo (2016/2017).

No âmbito da 10ª Região de Saúde do Paraná, composta por 25 municípios, 27 equipes participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB, passando duas vezes pelas diferentes fases do programa, em um intervalo médio de dois

anos, tempo relativamente suficiente para um maior conhecimento do Programa e para provocar mudanças de acordo com os seus objetivos.

Assim, este artigo, recorte de dissertação de mestrado, tem como objetivo analisar mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes dessa Região do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB.

## **2. METODOLOGIA**

Pesquisa exploratória, descritiva, de campo, com abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 21 profissionais de equipes de ESF que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB da 10ª Região de Saúde do Paraná. O recorte em ESF se deu pelo fato de no 1º ciclo do Programa só puderam participar equipes da ESF. Seis equipes foram excluídas por mudanças na sua composição, cujos novos profissionais não haviam participado de nenhum ciclo do Programa.

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, ocorrida entre os meses de maio e junho de 2016, com profissionais que participaram da avaliação externa e aceitaram participar da pesquisa. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas com a letra P (Profissional), seguida de um número (1 a 21). O profissional respondente, de acordo com o próprio programa, deve ter nível superior e possuir a melhor compreensão/conhecimento do trabalho da equipe e da realidade da comunidade, podendo ser médico, enfermeiro ou dentista, no caso de haver saúde bucal.

A entrevista contemplou questões relacionadas à forma de participação das equipes nas diferentes fases do PMAQ-AB, bem como mudanças ocorridas no processo de trabalho a partir da adesão ao Programa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise. As informações advindas das transcrições foram organizadas de acordo com a técnica de análise temática, proposta por Minayo (2004), que consiste em três etapas: Pré-análise, exploração do material, e análise e interpretação dos resultados.



Com base em leituras exaustivas, o material empírico foi organizado em unidades de registro, dos quais destacaram-se trechos significativos das falas, dando origem a três categorias: (1) Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto; (2) O momento da avaliação externa e da certificação; e (3) A contribuição do PMAQ-AB na reorganização do processo de trabalho das equipes.

Durante a coleta de dados, foram respeitados os aspectos éticos, conforme Resolução 466/2012, que trata da pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 1.567.494.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Dos 21 profissionais (77,8% do total de equipes participantes) que responderam ao instrumento denominado Módulo II do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, todas eram mulheres, enfermeiras e coordenavam a equipe de saúde.

A feminização do trabalho em saúde e, em especial, na enfermagem, é reconhecida por autores como Lopes e Leal (2005) e Matos, Toassi e Oliveira (2013). Além disso, a enfermagem aparece, com frequência, assumindo o papel de coordenação da equipe de AB (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Cavalli, Rizzotto e Guimarães (2016) também evidenciaram o predomínio de profissionais da enfermagem como respondentes do Módulo II do PMAQ-AB em nível nacional nos dois ciclos do Programa, sendo 92,30% de enfermeiros no primeiro e 93,43% no segundo ciclo.

A maioria dos entrevistados (67%) tinha idade entre 20 e 39 anos e mais de cinco anos de trabalho na mesma Unidade de Saúde da Família (USF) (81%). O tempo de permanência na mesma unidade é fator positivo para o conhecimento da realidade de saúde da comunidade, assim como para a criação de vínculos entre os profissionais e usuários (REICHERT et al., 2016).

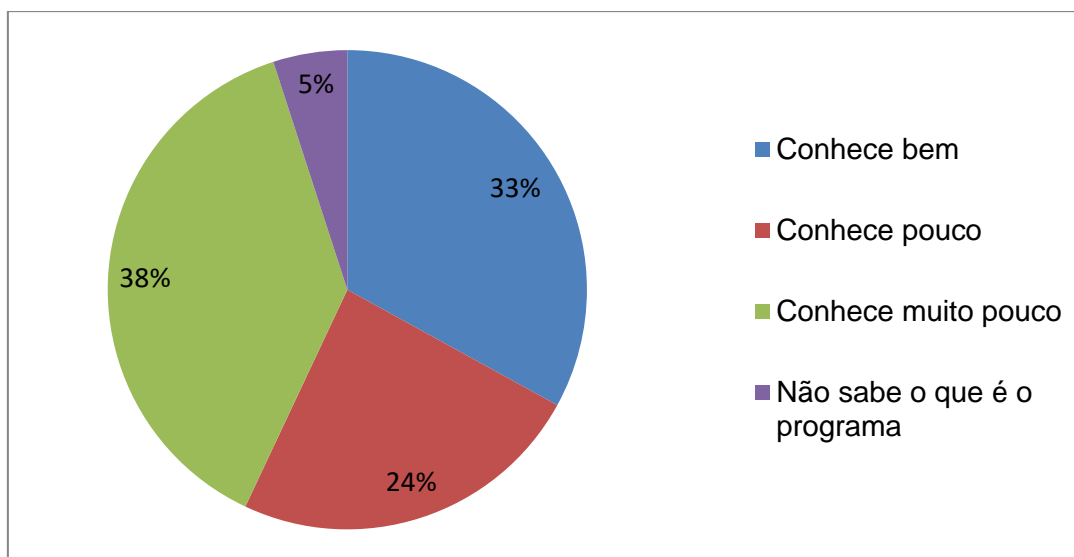
### **3.2 Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto**

A adesão e contratualização é a primeira fase do PMAQ-AB e deve ser feita de forma voluntária tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores municipais. Deve se dar “a partir do pressuposto de que o seu êxito [do programa] depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos” (BRASIL, 2015b, p. 10).

A formalização da adesão é feita pelo gestor municipal por meio do preenchimento de formulário eletrônico, disponibilizado pelo MS, e pelo envio de termo de compromisso assinado pelo gestor e por um trabalhador de cada equipe que adere ao programa. Nesse termo, constam metas a cumprir e ações para a melhoria dos resultados dos indicadores pactuados. Portanto, envolve pactuação local, através de ato contratual, que indica claramente o que se pretende atingir, com base na autonomia e responsabilidade das partes envolvidas (BRASIL, 2015b).

No estabelecimento de um “contrato”, é fundamental que se conheçam os objetivos do mesmo, bem como as responsabilidades dos signatários. Embora as equipes estudadas tenham participado de dois ciclos completos do programa, uma parcela importante dos entrevistados afirmou que a equipe conhece pouco ou muito pouco (62%), ou, ainda, nada, sobre o Programa (5%) (gráfico 1).

**Gráfico 1** – Conhecimento da equipe sobre o PMAQ-AB. 10ª Região de Saúde/PR, 2016.



**Fonte:** Banco de dados do pesquisador, 2016.

Documento do MS (BRASIL, 2015b), que orienta sobre a adesão ao PMAQ-AB, recomenda ao gestor municipal pactuar com os trabalhadores a participação no programa e discutir o termo de compromisso com as equipes. No entanto, o que se observou, na presente pesquisa, foram situações de adesão feitas com pouco conhecimento sobre o programa:

*Quando eu comecei a trabalhar neste município, em 2011, foi o primeiro ano que a gente teve o PMAQ e uma pessoa do setor administrativo chegou para mim e falou assim: o Ministério está impondo um programa, a gente não sabe explicar para vocês o que é. Vocês precisam ler esta apostila, responder estas perguntas; aí, vocês precisam ir até o computador: vai ter algumas coisas para vocês responderem com uma pontuação. Simplesmente isso! (P21).*

A pouca interlocução entre equipe gestora e trabalhadores da equipe de AB se constitui em dificuldade adicional para a implementação de políticas e programas na área da saúde. O distanciamento do processo de discussão e formulação, e no caso, de adesão à política, dificulta o entendimento de seus objetivos, não contribui para a corresponsabilização dos resultados, conseqüentemente, reduz a possibilidade de impacto positivo naquilo a que se propõe.

O diálogo com o objetivo de compartilhar a governabilidade, dispensa o poder e enfatiza a negociação política, valorizando a opinião do outro e promovendo abertura a projetos solidários que possam ser assumidos coletivamente como compromisso (RIVERA; ARTMANN, 1999). Porém, a falta de escuta e singularidade com a equipe e o autoritarismo, gera sensação de abandono pela gestão, estabelecendo obstáculos no desenvolvimento do trabalho e dificultando o alcance dos objetivos estabelecidos (SCHIMITH et al., 2015).

A “apostila”, a que se referia a entrevistada (P21), era o manual instrutivo do programa e o instrumento de autoavaliação; este considerado ponto de partida para a melhoria da qualidade dos serviços, na medida em que visa internalizar uma cultura de monitoramento e avaliação permanentes nas equipes, por meio da autoanálise, autogestão e do estabelecimento de estratégias de intervenção com vistas à solução de problemas e à melhoria da oferta de serviço. A autoavaliação deve atuar, assim, como dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes e da gestão municipal de saúde (BRASIL, 2016).

Para a autoavaliação é disponibilizado o instrumento: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), que se baseia na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e aborda as dimensões e subdimensões do programa. O AMAQ permite que a equipe, e cada profissional, avalie o grau de adequação de suas práticas aos padrões de qualidade apresentados e faça planejamento local, por meio da construção de matriz e plano de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, visando melhorar a organização e a qualidade dos serviços ofertados na unidade de saúde (BRASIL, 2016).

Ao realizar a autoavaliação, o profissional constrói uma linha histórica de suas ações, com o objetivo de propor melhorias e estratégias que oportunizem novas abordagens no seu ambiente de trabalho, as quais provoquem satisfação. Por meio da autoavaliação, o profissional de saúde tem a oportunidade de refletir sobre a sua atuação, com base no modelo de saúde em que atua. De acordo com Silva e Caldeira (2010), os profissionais de

saúde, em geral, apresentam, em maior quantidade, avaliações positivas de suas ações em relação aos usuários, porém, sem se questionarem se a satisfação é recíproca.

A adesão ao PMAQ-AB pelas gestões municipais, em grande medida, foi feita em função do repasse de recursos, que em alguns casos mobilizou as equipes de AB: *“Para nós veio o e-mail pela regional de saúde; aí, a gente entrou, conversou com o secretário se seria conveniente ou não aderir ao PMAQ, porque ele é um programa de melhoria e acaba também vindo verbas...”* (P16).

Em muitas situações, no entanto, a adesão ocorreu sem a participação da equipe, que só tomou conhecimento do Programa por ocasião da avaliação externa, ou seja, já em sua segunda fase:

*Quem faz isso é a parte administrativa da Secretaria [...] na verdade a gente veio saber desse PMAQ, quando eles vieram fazer a avaliação* (P13).

*Foi o gestor que falou que teria uma visita, mas não explicou certo o que era, não explicou nada, só falou que ele tinha inscrito nossa unidade em um programa e veio, assim, de supetão. A gente não sabia o que era, nada!* (P10).

O não compartilhamento de informações e o pouco diálogo entre as instâncias de gestão e a ponta do sistema pode gerar sentimento de exclusão e não pertencimento. Embora a tomada de decisão possa ser considerada uma função de gerência, ela tem maior efetividade quando integra os diversos atores envolvidos no processo de construção das alternativas (PINHEIRO, 2009).

No segundo ciclo do PMAQ-AB, observaram-se processos distintos, tanto pelo fato de as equipes já terem passado por um ciclo completo, como pela maior compreensão dos gestores acerca do Programa.

As mudanças do 1º para o 2º ciclo, em relação ao processo de adesão e contratualização, demonstraram que os trabalhadores já haviam alcançado uma compreensão maior sobre o Programa, fosse pela experiência de participação no 1º ciclo, fosse pelo interesse próprio em conhecer melhor a proposta:

*[...] a gente já se interessou, depois, em saber o que era o programa. Fomos atrás de ver como estava ou não a nossa nota. A gente queria saber como tinha sido, não a nota, né? Mas, a nossa classificação, como que tinha sido (P15).*

*Foi um pouco mais fácil, porque, aí, já sabia aonde pesquisar, e o que a gente deveria fazer. Depois daquelas matrizes de intervenção que a gente faz, ficou um pouco mais fácil do que na primeira vez, que a gente não sabia nem o que estava fazendo direito (P20).*

O interesse sobre o desempenho no programa e a vontade de melhorar são características relevantes a serem destacadas, as quais indicam que a metodologia conseguiu maior envolvimento da equipe. Seidl et al. (2014) afirmam que é essencial que o trabalhador de saúde participe dos momentos de discussão e decisão, para sentir-se parte do processo de construção e, conseqüentemente, responsabilizar-se por ele.

### **3.3 O momento da avaliação externa e da certificação**

A avaliação externa e a certificação compõem a segunda fase do PMAQ-AB, que envolve, ainda, a verificação da autoavaliação e a análise do desempenho dos indicadores contratualizados. Embora o Programa busque superar a carga negativa, histórica, que a avaliação carrega, ainda assume o caráter de punição:

*O segundo ciclo foi mais tranquilo. Às vezes a gente ficava ansiosa quando vinha os avaliadores, porque, assim, se a gente não tirar uma nota boa, ficava com medo da gestão; sinceramente, a gente tem medo da gestão, acaba tendo esse receio (P5).*

No entanto, o fato de conhecer melhor o processo contribuiu para reduzir a ansiedade do grupo no momento da avaliação externa:

*Foi menos tensa, pois, a primeira a gente não sabia como seria avaliado e até o gestor não tinha muita noção do que viria. Ele comentou que viria uma equipe avaliar, com inúmeras perguntas – e, de fato, são muitos itens – e que não era para mentir e omitir, era para falar o que era feito. No segundo, eu já estava mais preparada, eu organizei as atas, tudo para facilitar, porque é tudo muito rápido para apresentar para quem vem fazer a avaliação (P4).*

Nos moldes propostos pelo PMAQ-AB, a avaliação externa é compreendida “como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS” (BRASIL, 2016, p.12). Para tais fins, envolve observação direta, entrevistas e observação de registros, estes muitas vezes secundarizados no processo de trabalho da equipe, embora essenciais para o planejamento na esfera local.

Os indicadores contratualizados, no momento da adesão, representam 30% do percentual de desempenho da equipe; a autoavaliação, 10%, e a avaliação externa, 60%. Os indicadores dizem respeito: a) ao Acesso e à continuidade do cuidado; b) à Coordenação do cuidado; c) à Resolutividade da equipe de atenção básica; e d) à Abrangência da oferta de serviços. Tais indicadores são avaliados a partir de informações extraídas do sistema de informação em saúde, o e-SUS (BRASIL, 2015b).

Poucas entrevistadas (28,5%) demonstraram saber algo sobre os indicadores contratualizados, pela equipe, no momento da adesão:

*Contratualização? Que eu me lembre, não. Foi tudo, assim, no susto: foi fazendo, foi acontecendo. Que eu me lembre não teve nenhuma informação nesse sentido, não (P14).*

As que se lembravam, não souberam informar quais indicadores foram contratualizados: “*Tinha pactuação sim, eu não consigo lembrar agora, exatamente qual pactuação que era. Não consigo lembrar*” (P5), ou citaram indicadores ligados a outros programas, que também possuem transferência de recursos, vinculados ao cumprimento de metas “*A única coisa que a gente tem metas é a cobertura de preventivo e vacina*” (P10), mas que não são computados no PMAQ-AB.

*O que eu me lembro foi a questão das gestantes: se eu não me engano, acompanhar 100%. Tinha o SISCAN, câncer de mama e colo de útero, que na época também era um indicativo. As crianças e acho que tinha mais um, era mais ou menos por aí, não consigo lembrar direito (P18).*

Apesar de certos avanços, na fase de recontratualização das equipes – no que se referiu aos indicadores a serem monitorados durante o

desenvolvimento do ciclo –, observou-se desconhecimento, aspecto que merece maior atenção das instâncias gestoras do SUS e da própria equipe de saúde.

A AB produz dados importantes sobre a realidade local os quais são armazenados em sistemas de informação de livre acesso. Permitem obter informações sobre a realidade socioeconômica, sinalizam morbimortalidade, contribuem para avaliar a eficiência das ações e monitoram a situação de saúde em uma área geográfica definida. Isso tudo favorece o planejamento das ações em saúde (CARRENO, et al., 2015).

O monitoramento de indicadores locais de saúde contribui para a construção do perfil de saúde de uma determinada área de abrangência, bem como favorece a avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde. (SANTOS et al., 2012).

### **3.4 A contribuição do PMAQ-AB na reorganização do processo de trabalho das equipes**

O trabalho na AB é complexo, exige conhecimentos de diferentes áreas do saber e é executado coletivamente, uma vez que nenhum profissional consegue realizar seu trabalho sem a colaboração dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde. Além disso, por se caracterizar como trabalho vivo, consumido em ato, envolve, também, usuários e comunidade, uma vez que tem como objetivo principal satisfazer as necessidades de saúde e intervir nos fatores de risco que possam provocar doenças e agravos à saúde (MERHY; FRANCO, 2009; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Um dos desafios para a AB é a interação do trabalho multiprofissional para a qualidade e resolutividade da assistência (PAIM, 1999). Porém, para isto é necessário o trabalho em equipe, no qual os participantes possam unir seus conhecimentos e práticas em busca de um mesmo objetivo (SCHRAIBER et al., 1999).

Para a realização da atividade coletiva, própria da AB, é fundamental o registro de informações. Na presente pesquisa, houve, por parte das entrevistadas, um reconhecimento de que o programa as estimulou a registrar



as atividades que realizavam, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho da equipe.

*A gente vê que melhorou muito, avançamos bastante neste aspecto – assim – de melhorar principalmente os registros. Eu via a falta que era, de não ter nada registrado. Nisso a gente melhorou bastante, claro que ainda falta muita coisa, porque, como eu falo para a equipe: o nosso objetivo é chegar ao 100% desse recurso (P2).*

*Algumas coisas, a gente começou a registrar: a gente acaba fazendo e não colocava em lugar nenhum e isso era cobrado pelo PMAQ [...] a gente fazia, mas como não tinha o hábito de estar registrando, acabava se perdendo (P 6).*

O registro de informações geradas pela equipe de saúde, seja por dados cadastrais ou por meio da realização das ações desenvolvidas pelos diversos trabalhadores, contribui para a melhoria e qualidade do acesso aos serviços, dada a possibilidade de observação e visualização do resultado do trabalho produzido. Isso serve para a avaliação da eficiência e de novas condutas. A ação de registrar as atividades realizadas pelos profissionais é evidenciada em estudo desenvolvido por Neves Montenegro e Bittencourt (2014), que descreve as condições de produção e registro das informações geradas nas unidades de saúde. Para eles, as informações objetivam:

*[...] diagnosticar as situações de saúde individuais e coletivas de uma população, norteando as ações dos profissionais e dos sistemas locais, na perspectiva de se tornarem mais efetivos, minimizando desigualdades. Além disto, a apropriação adequada dessas informações é de extrema importância para que o gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde no País sejam feitos com parâmetros confiáveis (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014, p. 757).*

Algumas entrevistadas ainda afirmaram que o PMAQ-AB constituiu-se em importante guia de auxílio e orientação para organizar o trabalho a ser desenvolvido pela equipe de saúde:

*O PMAQ veio para dar uma norteadada, na gente se organizar melhor (P 5).*

*[...] o PMAQ meio nos direciona, ajuda o próprio planejar e desenvolver as atividades da estratégia. Ele veio como um*

*manual para mim [...] meu instrumento de trabalho, que me guia, para mim foi muito bom ele ter vindo (P 1).*

São indicativos de que o Programa tem contribuído para o planejamento e para a avaliação em saúde em nível local, na medida em que as equipes utilizam as ferramentas disponibilizadas para a organização e gestão de seu processo de trabalho.

O monitoramento de indicadores da AB também foi destacado como aspecto positivo do PMAQ-AB:

*Eu criei, tipo um hábito depois da avaliação do PMAQ. Nós conseguimos pegar um hábito de ficar atento a essas questões: a quantidade de preventivo que eu tenho que coletar aqui na unidade, a minha meta particular é passar dos 300/ano (P 4).*

As diversas fases do programa colaboram para a organização do trabalho das equipes. Embora não apresente grande inovação, a conduta contempla as principais atribuições do trabalho na AB e provoca o grupo a planejar melhor suas ações, a partir de um processo que se inicia com a autoavaliação.

*Certos indicadores que a gente não se atentava tanto em correr atrás, nessa hora a gente parou e viu como estava baixo. Isso serviu pra gente cobrar um pouquinho mais dos ACS, pra eles correrem atrás também, para estar melhorando (P 11).*

Os indicadores de saúde são mecanismos importantes nos processos de monitoramento e avaliação. Para tanto, são utilizados os sistemas de informação que catalogam os dados de saúde gerados no município, estado e País. As informações são analisadas e servem para acompanhar a tecnologia de cuidado utilizada pelas equipes e como estas se organizam em seu processo de trabalho (GONÇALVES; SAMPAIO, 2015; OLIVEIRA; REIS, 2016).

Determinados componentes do processo de trabalho na AB foram retomados e/ou valorizados a partir da adesão ao PMAQ-AB:

*Chamou atenção para o que a gente deveria olhar, né? E a gestão também, que é importante a gente saber disso e planejar as ações; algumas coisas, que não era dada muita atenção, passaram a ser valorizadas. (P 15).*

As atividades administrativas (e seu desenvolvimento), como as de planejamento e as de reuniões de equipe, são essenciais para a melhoria do trabalho e constituem-se em ferramentas que ajudam a organizar o serviço e a valorizar as ações desenvolvidas (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Outro aspecto destacado por algumas entrevistadas foi a transferência de parte dos recursos do programa, como a do incentivo financeiro aos profissionais de saúde, que revelou-se como agente motivador:

*Agora a equipe sabe desse incentivo, então, estão querendo melhorar, vamos trabalhar para isso (P10).*

*Quando mexe com o bolso, existe uma preocupação maior em alcançar a meta, melhorar o atendimento, alcançar os objetivos, mesmo que isso deva acontecer sem o recurso. Isso mexe com as pessoas, faz as pessoas participarem mais (P 17).*

O financiamento para a AB, que advém do PMAQ-AB, permite a inclusão de mecanismos de reconhecimento e repasse de recursos aos trabalhadores, na forma de incentivo por desempenho, por meio de lei municipal. Pode ser entendido como um sistema de recompensa que tem como objetivo reter, motivar e atrair potenciais trabalhadores.

Barreto (2015) demonstrou que os sistemas de recompensas incentiva o alcance de objetivos no âmbito dos sistemas de saúde, “especialmente em mudanças de curto prazo e sobre ações pontuais e que exigem menos esforço dos provedores de serviços de saúde, mas deve ser utilizado com cautela e com planejamento rigoroso” (BARRETO, 2015 p.1510).

A busca por trabalhadores que se destaquem no mercado pela sua capacidade e habilidade de produzir cada vez mais e em menos tempo aumenta e, com isso, as instituições criam sistemas de recompensas como estratégias para atraí-los (ROSA, 2012). Estes sistemas têm, como principal objetivo, vincular os interesses dos consumidores e os da instituição, recompensando os funcionários por ações que beneficiem ambas as partes

(CARVALHO et al., 2012). Esses mecanismos também ocorrem nas instituições públicas, não para obter lucros com a produtividade, mas para minimizar os custos com os serviços oferecidos.

Nesta pesquisa foi possível identificar que os profissionais que recebem acréscimo no salário, decorrente de recursos do PMAQ-AB, reconhecem esse incentivo de maneira especial e sentem-se valorizados, o que resulta em trabalhadores mais motivados.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora o PMAQ-AB seja um programa relativamente recente, resultados positivos foram observados, com a adoção de práticas que podem melhorar a qualidade dos serviços na AB, como, por exemplo, o registro das atividades realizadas e a organização da documentação a ser apresentada no momento da avaliação externa. Tais registros podem contribuir para a reflexão e análise da equipe acerca de seu processo de trabalho bem como para o planejamento local.

O interesse em ampliar o conhecimento sobre o programa, sobretudo a partir da avaliação externa, é fator positivo para a compreensão e implementação da política pública. No entanto, apesar de o PMAQ-AB prever o envolvimento da equipe desde o momento de adesão ao programa, isso não tem se efetivado a contento, pois a discussão e decisão ainda permanecem bastante centralizadas pela gestão municipal.

Na implementação da política, a avaliação externa mostrou-se uma estratégia importante de mobilização da equipe de saúde e da gestão para atender aos padrões previstos no programa. Mas, ainda possui uma carga negativa, associada à punição e não é vista como parte de um ciclo contínuo, evolutivo e formativo.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a valorização dos profissionais, pela via do mecanismo de incentivo financeiro por desempenho, cujos efeitos merecem estudos empíricos mais aprofundados, pois podem gerar

competições em vez de solidariedade entre os trabalhadores e, até mesmo, substituir uma política de valorização do conjunto dos trabalhadores do município.

## 5. REFERÊNCIAS

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **AMAQ** – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e de Saúde Bucal). 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, DF: MS, 2015b.

CARRENO, I.; MORESCHI, C.; MARINA, B.; HENDGES, D. J. B.; REMPEL, C.; OLIVEIRA, M. M. C. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

CARVALHO, G. R.; SILVA, D. R.; ALMEIDA, R. M. M.; MOURA, R. M.; PINTO JÚNIOR, D. M. Sistemas de recompensa e suas influências na motivação dos funcionários: estudo em uma cooperativa capixaba. 9., 2012, Resende, RJ. **Anais eletrônicos...** Resende, RJ: AEDB, 2012. Anais: Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/artigos2012.php?pag=138>>. Artigo: Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/22716469.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M. L. F.; GUIMARÃES, A. T. B. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 87-100, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400087&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400087&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 26 abr. 2017.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J.B. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da

Atenção Básica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2073-2082, 2017

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIROTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Documents/Meus%20documentos/MESTRADO/Sugest%C3%B5es%202015/Londrina.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014

GONÇALVES, J.; SAMPAIO, J. O acompanhamento de indicadores de saúde no monitoramento e avaliação da atenção básica: uma experiência no distrito sanitário de João Pessoa/PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 55-60, 2015.

LOPES, M. J.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos PAGU**, n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n24/n24\_a06.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Desktop/feminiliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJVM, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 05 de nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em Saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII. São Luiz: UFMA, 2016. Disponível em: <http://repcursos.unasus.ufma.br/gestao\_saude\_20161/curso\_5/und1/media/pdf/livro\_pdf.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2017

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Revista APS**, v. 12, n. 3, p. 262-270, jul./set. 2009. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/333/224>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014.

REICHERT, A. P. S.; RODRIGUES, P. F.; ALBUQUERQUE, T. M.; COLLET, N.; MINAYO, M. C. S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2375-2382. 2016.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

ROSA, A. I. V. **Sistemas de recompensas** – estudo de um caso. 2012. 67f. Dissertação (Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos)– Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal, PT, 2012. Disponível em: < [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4646/1/Tese\\_AdrianaRosa%20maio%202013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4646/1/Tese_AdrianaRosa%20maio%202013.pdf) >. Acesso em: 08 abr. 2017.

SANTOS, C. S. S.; GONTIJO, T. L.; FRANCO, E. C. D.; CAVALCANTE, R. B. Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 331-335, 2012. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23098/18547>>. Acesso em: 30 maio 2017.

SCHIMITH, M. D.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÓ, M. L. D.; ALBERTI, G. F.; BECK, C. L. C. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Enfermeria Global*. **Revista eletrônica trimestral de Enfermeria**, n. 38, abril 2015. Acesso em 15 ago. 2017. Disponível em:< [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Schimith/publication/275250774\\_Gestao\\_do\\_trabalho\\_implicacoes\\_para\\_o\\_cuidado\\_na\\_Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude/links/553e6ae80cf210c0bd4aa460.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Schimith/publication/275250774_Gestao_do_trabalho_implicacoes_para_o_cuidado_na_Atencao_Primaria_a_Saude/links/553e6ae80cf210c0bd4aa460.pdf)>.



SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L. e KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SEIDL, H.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 18, n. 1p. 221-232, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Revista Saúde em debate**, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

## ARTIGO 2

### **MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA ADESÃO AO PMAQ-AB EM REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

#### **RESUMO**

Estudo de natureza documental e de campo, que objetivou analisar possíveis mudanças na organização do trabalho das equipes de Atenção Básica (AB), de municípios da 10<sup>a</sup> Região de Saúde do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados foram obtidos nos bancos de dados dos processos de avaliação externa do Programa e entrevistas com 21 profissionais das equipes de AB da referida Região. Os resultados mostram melhorias na territorialização, agenda programada e acolhimento, mas fragilidades no uso de protocolos, reunião de equipes e no planejamento local. Recomenda-se o repasse de mais informações às equipes de AB sobre os mecanismos de apoio institucional e matricial e a realização de estudos em outras regiões que permitam ampliar a comparação entre os dados obtidos nas avaliações externas com dados de pesquisas de campo.

**Palavras-chaves:** Estratégia saúde da família, fluxo de trabalho, Programas Nacionais de Saúde.

## **CHANGES IN THE WORK PROCESS OF BASIC CARE STAFFS AFTER ADHERING TO PMAQ-AB IN PARANÁ'S REGION OF HEALTH**

### **ABSTRACT**

Document and field study, which objective was identifying possible changes on work organization of Atenção Básica – AB (basic care) staffs, in cities covered by Paraná state's tenth section of public health, who took part in the two cycles of Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB (National program for improvement of access and quality to basic care). Data was obtained in databanks of external assessment processes and interviews with 21 basic care professionals assigned to the referred region. Results showed improvement on territorializing, scheduled client service and reception, but weaknesses on the use of protocols, staff meetings and local planning. There should be a more frequent and effective transfer of information about the mechanisms of institutional and matrix support to basic care staffs, as well as studies in other regions which permit a wider comparison between data obtained in external assessments and those resulting from field researches.

**Keywords:** Family health strategy, work flow, national health programs

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada preferencial dos usuários, na rede de atenção à saúde, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção escolhido para mudar o modo de fazer saúde no País. Em 2011, por meio da Portaria 1.654, GM/MS, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de instituir “um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde” (BRASIL, 2015, p 8).

Trata-se de um Programa que busca envolver as equipes de AB em todas as suas fases, iniciando-se com a adesão, que deve ser voluntária, e concluindo com a certificação da equipe. Ao longo de dois anos, tempo médio de duração de um ciclo, a equipe que adere ao programa, apoiada pela gestão, realiza atividades como: autoavaliação, monitoramento de indicadores contratualizados, desenvolvimento de atividades de educação permanente, e passa por um processo de avaliação externa. Ao final do ciclo, é classificada e o município passa a receber um valor que corresponde ao desempenho da equipe, o qual pode ser: ruim, regular, bom, muito bom e ótimo. Até o momento foram realizados dois ciclos completos, o primeiro (2012/2013) e o segundo (2014/2015), o terceiro, em curso, iniciou em 2016.

A classificação das equipes resulta de três elementos: da autoavaliação, que corresponde a 10% do valor, dos resultados dos indicadores contratualizados, 30%, e do processo de avaliação externa, que correspondente a 60%. (BRASIL, 2015).

A avaliação externa é caracterizada pela visita de uma equipe de entrevistadores na unidade de saúde, com o propósito de coletar dados a partir da observação da unidade e de entrevistas com profissionais de nível superior (médico ou enfermeiro para equipes de AB, dentista para equipes com saúde bucal, e usuários), utilizando-se de instrumentos de coleta de dados denominados de módulos.

Entre os objetivos do programa, destaca-se o de provocar mudanças no processo de trabalho das equipes com vistas à melhoria do acesso e da qualidade da AB.

Assim, o resultado da avaliação externa é utilizado para definir o valor do repasse de recursos às equipes que aderiram ao Programa e deve servir para orientar a gestão e, principalmente, as equipes de AB na organização de seu processo de trabalho e no planejamento local.

Este estudo buscou analisar possíveis mudanças na organização do trabalho das equipes de Atenção Básica (AB), de municípios da 10ª Região de Saúde do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo documental e de campo. Os dados da pesquisa documental foram obtidos nos bancos de dados, inicialmente disponibilizados às universidades que participaram do processo de avaliação externa do Programa e, atualmente, também na página do Ministério da Saúde ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)).

Para a presente pesquisa foram coletados dados, nos bancos, das 27 equipes de AB, pertencentes à 10ª Região de Saúde do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB e realizado entrevista em profundidade com 21 profissionais (77,8% do total), que permaneciam nas equipes e concordaram em participar da pesquisa de campo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade dos entrevistados foi protegida pela equivalência de seus nomes à série: “P1” a “P21” (na qual “P” significa profissional), distribuídos aleatoriamente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Unioeste, sob o Parecer 1.567.494.

Como, no primeiro ciclo, só puderam aderir equipes da ESF, a amostra da presente pesquisa é restrita à essa modalidade de AB.

Os dados quantitativos foram apresentados em gráficos e tabelas e analisados por meio de estatística descritiva simples. Na sequência, utilizaram-se as narrativas dos profissionais para corroborar, confrontar ou complementar as informações extraídas dos bancos de dados.

Cabe destacar que muitas variáveis relativas ao processo de trabalho das equipes, objeto desta pesquisa, não puderam ser analisadas em função de mudanças substanciais nas perguntas entre um ciclo e outro.

A apresentação dos resultados baseou-se em elementos presentes no processo de avaliação externa do PMAQ-AB, tais como, territorialização, planejamento das ações da equipe, agenda programada, uso de protocolos, acolhimento, monitoramento de indicadores, reunião de equipe, educação permanente e apoio institucional.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

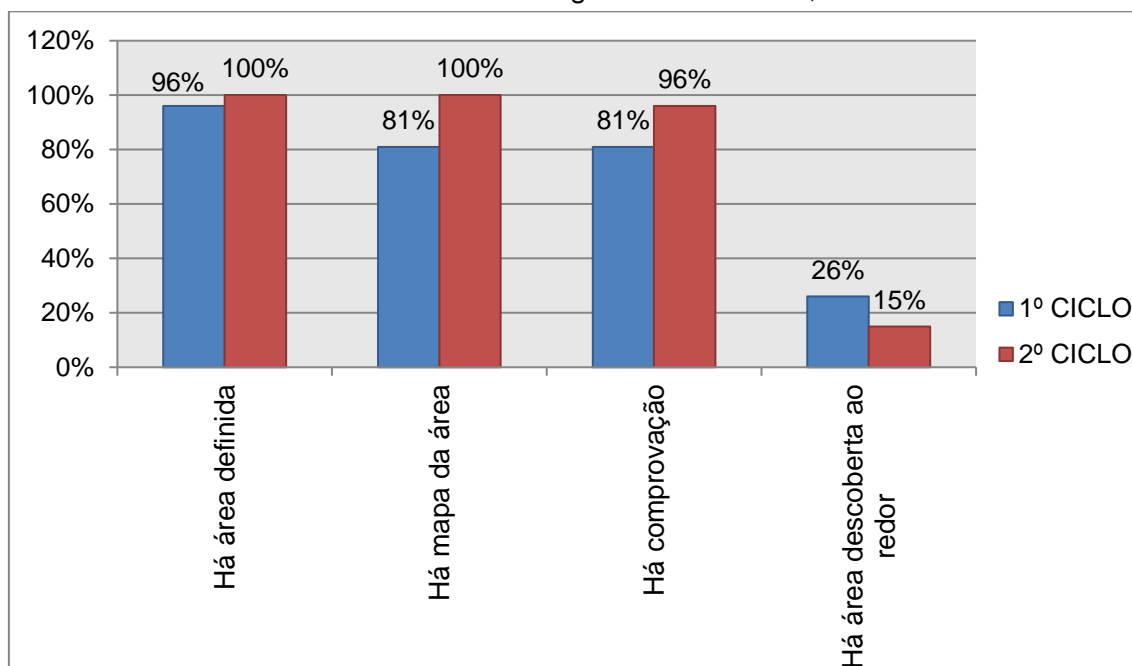
#### **3.1 Territorialização**

O trabalho na AB requer que a equipe conheça as características populacionais e do território geográfico e social sob sua responsabilidade sanitária. Nesse sentido, a territorialização apresenta-se como mecanismo importante para esse reconhecimento e identificação das áreas de risco, que requerem uma maior atenção por parte da equipe de saúde.

A territorialização envolve as funções de cadastro da população da área de abrangência da AB, para levantamento de dados sociodemográficos e epidemiológicos e para a construção de mapas inteligentes que ajudem na visualização do território (GOLDSTEIN et al., 2013).

No Gráfico 1, observa-se uma melhoria, do primeiro para o segundo ciclo, em todos os aspectos da territorialização, dos quais destaca-se que, no segundo ciclo, 100% das equipes possuíam área definida e mapa da área de abrangência territorial, muito embora 15% delas ainda possuíssem áreas próximas descobertas.

**Gráfico 1** – Área definida, presença de mapa, comprovação e área descoberta. 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. 10ª Região de Saúde/PR, 2016.



**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB, 1º e 2º ciclos.

A adscrição da clientela – que significa sua vinculação a uma ESF, a partir de uma base territorial –, permite delinear a realidade de saúde da população demarcada, que se apresenta em permanente movimento, pelo ordenamento da atenção, segundo a lógica de problemas. Dessa forma, a territorialização é um dos instrumentos essenciais para planejar o trabalho na ESF. O reconhecimento do território pelos envolvidos neste processo, resulta, logo de início, na aproximação com o outro. Isso fica evidenciado no conhecimento próprio dos agentes sociais locais, o que propicia a constatação das necessidades de saúde, portanto, das prioridades efetivas, respeitados os princípios da universalidade, igualdade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (PESSOA et al., 2013).

A territorialização constitui-se em meio para obter informações, mas não deve ser considerada como fim em si mesma. As informações e dados coletados nesse processo devem servir, então, para o planejamento do trabalho da equipe, que alicerce a atenção às demandas e necessidades da comunidade.

### **3.2 Planejamento das ações e monitoramento de indicadores pela equipe de saúde**

O cuidado à saúde individual e coletiva é resultante de trabalho produzido, que necessita ser previamente planejado. Schraiber et al. (1999) destacam que o planejamento é a ação de produzir um plano, um projeto para uma ação de trabalho futura. Ele é entendido como uma ferramenta organizacional, que faz parte de um processo para o desenvolvimento do serviço oferecido, no sentido de conduzir as ações (RIVERA, 1999).

Para Paim (1999, p. 243), o planejamento é a produção de um trabalho, “que implica a organização e a realização de outros trabalhos com vistas à racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins”.

Já o monitoramento de indicadores de saúde, permite acompanhar a eficácia das ações realizadas e analisar, assim, as possibilidades de dar continuidade ao que se planejou ou de efetuarem-se as mudanças necessárias (BRASIL, 2015). Portanto, o monitoramento de indicadores está intrinsecamente relacionado com o planejamento e o estabelecimento de prioridades, ações, metas e objetivos.

No processo de avaliação externa do PMAQ-AB, foi questionado acerca do monitoramento e do planejamento da equipe e das ações de gestão para a organização do processo de trabalho do grupo. No entanto, não bastava afirmar que a ação era realizada, o profissional deveria apresentar documento que comprovasse a realização das ações, como por exemplo, a matriz de intervenção ou outro documento que demonstrasse o planejamento da equipe. Nesse aspecto, comparado o 1º com o 2º ciclo (tabela 1) observa-se diminuição da quantidade de equipes que informaram realizar o planejamento local (de 85% para 78%), mas, das que afirmaram realizar, a maioria (70%) comprovaram o registro dessa atividade, diferente do 1º ciclo em que somente 59% comprovaram documentalmente a realização do planejamento local. Já em relação ao monitoramento e análise de indicadores, houve aumento das respostas afirmativas de 78% no 1º ciclo para 89% no 2º ciclo (Tabela 1).



**Tabela 1** – Planejamento das ações e monitoramento de indicadores pela equipe. 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. 10ª Região de Saúde/PR, 2016.

Ação	1º CICLO			2º CICLO		
	Sim	Não	N.R.	Sim	Não	N.R.
A equipe realiza o planejamento?	23 (85%)	03 (11%)	01 (04%)	21 (78%)	06 (22%)	00 (00%)
Existem documentos que comprovem?	16 (59%)	07 (26%)	04 (15%)	19 (70%)	02 (08%)	06 (22%)
A equipe realiza o monitoramento e a análise de indicadores	21 (78%)	06 (22%)	00 (00%)	23 (85%)	04 (15%)	00 (00%)

**Legenda:** N.R (não respondeu)

**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB 1º e 2º ciclos, 2016.

Apesar dos dados dos bancos mostrarem que a grande maioria das equipes realiza o planejamento local e monitoram os indicadores contratualizados, na pesquisa de campo observou-se pouca valorização desses processos pelos entrevistados:

*Não, planejar, não. Está devagar, sempre tentando organizar as coisas. Você tem um pensamento de trabalho, de querer fazer algo diferente, planejar para o mês, de repente, mas você não consegue (P13).*

*Então, assim, a questão das vacinas: direto a gente pega a questão das fichas sombra e fica olhando e vendo, passando para ver se não tem nada em atraso e tudo mais (P4).*

*O mês passado eu fiz um levantamento, não com porcentagem, mas com quantas mulheres, dentro da faixa etária que estão com o preventivo e a mamografia em dia, porque estou tentando captar essas mulheres, que nunca fazem, para fazer (P13).*

Nenhum profissional entrevistado soube informar quais eram os indicadores contratualizados pelo PMAQ-AB e, apesar de respostas positivas sobre a sua realização, as informações não correspondiam aos indicadores contratualizados, mas a indicadores tradicionais da AB, como os da cobertura vacinal e do exame preventivo de câncer cérvico-uterino. Da mesma forma observa-se que o planejamento não está incorporado ao processo de trabalho das equipes, apenas é formalmente apresentado para atender a uma exigência do Programa.

Todas as equipes que aderem ao PMAQ-AB devem realizar a autoavaliação como etapa indispensável para a continuidade no Programa. Para isso é disponibilizado o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que, em síntese, contém os principais passos do planejamento, ou seja, levantamento de problemas, estabelecimento de prioridades, elaboração de matriz de intervenção e avaliação dos resultados.

O AMAQ foi pensado com o objetivo de reunir informações para a tomada de decisão e, posteriormente, verificar se as intervenções realizadas estão tendo os resultados esperados. É uma ferramenta para definir estratégias e traçar metas, subsidiar gestores e equipe de saúde no planejamento, estimular a reflexão sobre a prestação do serviço e consequentemente melhorar sua qualidade (BRASIL, 2016).

Campos e Júnior (2014) afirmam que o planejamento das ações e serviços oferecidos pela equipe de saúde é o que compõe o processo de trabalho na AB. E por ser ele uma ação gerencial, é importante ressaltar que a participação dos profissionais de saúde contribui para a construção de uma estrutura democrática e de sujeitos estimulados a movimentarem-se para a transformação. Caso contrário, a gestão centralizada tende a definir os processos a serem seguidos pelas equipes que se mantêm alheias das definições de metas e objetivos.

Na área da saúde, o planejamento é considerado instrumento fundamental para orientar a conduta e ações da equipe; deve pautar-se no diálogo aberto, incluir todos os atores interessados, valorizar a opinião do outro e assumir coletivamente os compromissos estabelecidos (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Portanto, planejar é necessário para definir que caminho tomar para alcançar uma situação que se deseja, ou seja, para atingir o esperado é preciso mudar a condição atual. Em geral, o processo de planejamento consiste em: identificar problemas atuais e futuros, identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções, definir estratégias e rumos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas, definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações e finalmente, definir os

procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que se propôs realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

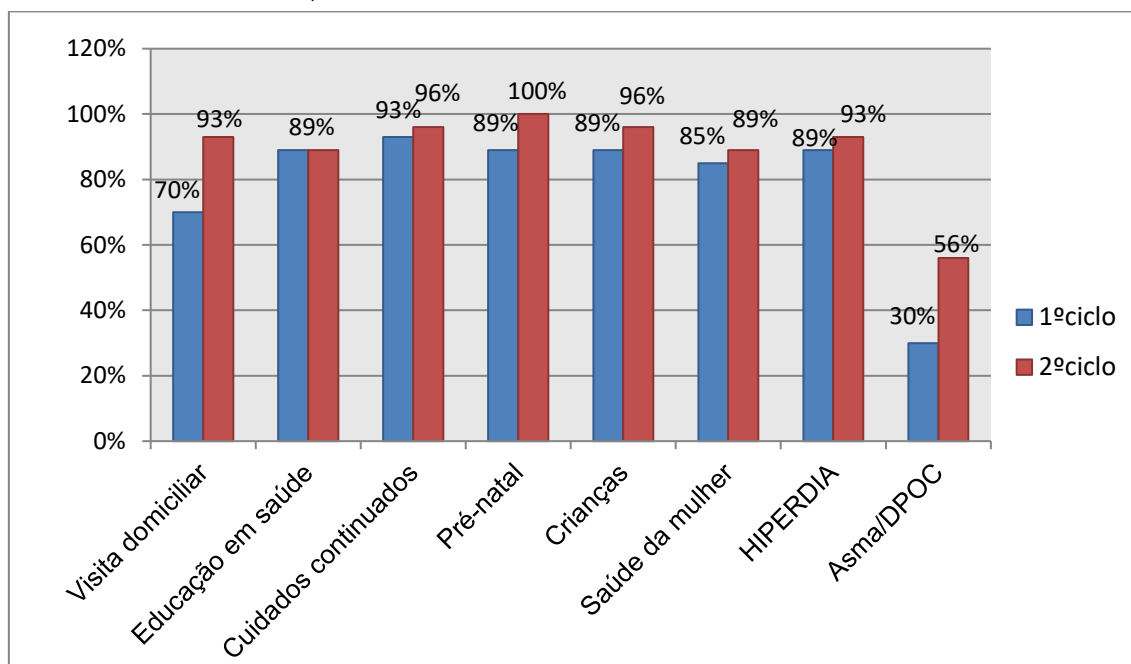
A importância de monitorar continuamente uma atividade tem como propósito verificar se os planos e procedimentos traçados são seguidos pelos atores do serviço de saúde. A avaliação de um serviço de saúde, da situação de saúde da população ou de um programa específico, resulta, em grande parte, do processo de monitoramento das atividades, realizado a partir das informações produzidas, no interior do serviço, no cotidiano das ações da atenção à saúde (VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008).

### **3.3 Agenda programada**

A construção da agenda deve ser realizada pela própria equipe, que já conhece o território e vivencia as dificuldades e demandas em seu cotidiano de trabalho. A agenda programada envolve ações individuais e coletivas, realizadas na unidade de saúde, no domicílio e/ou comunidade. Deve ser organizada com especial atenção para a demanda espontânea, pois a AB é a porta preferencial para a entrada no sistema de saúde.

O uso da agenda programada é um mecanismo presente tanto no 1º como no 2º ciclo do PMAQ-AB, com destaque para o pré-natal que atingiu 100%, no 2º ciclo, além de elevação importante nos casos de agendamento para Asma/DPOC, que passaram de 30% para 56% e, nas visitas domiciliares, de 70% para 96% (gráfico 2). Esses resultados podem ter sido estimulados pela definição das ações prioritárias na AB e instituição de redes de atenção à saúde, como a Rede Cegonha e a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas.

**Gráfico 2** – Agenda programada. 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. 10ª Regional de Saúde/PR, 2016.



**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB, 1º e 2º ciclos, 2016.

Ressalta-se, ainda, como dado importante, as ações de educação em saúde (89% em ambos os ciclos) e os cuidados continuados, presente em mais de 90% das equipes.

A Educação Permanente é uma estratégia importante para a melhoria da qualidade dos serviços. Tem como princípio refletir sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, tendo como finalidade aprimorar a assistência em saúde (VIANA et al., 2015).

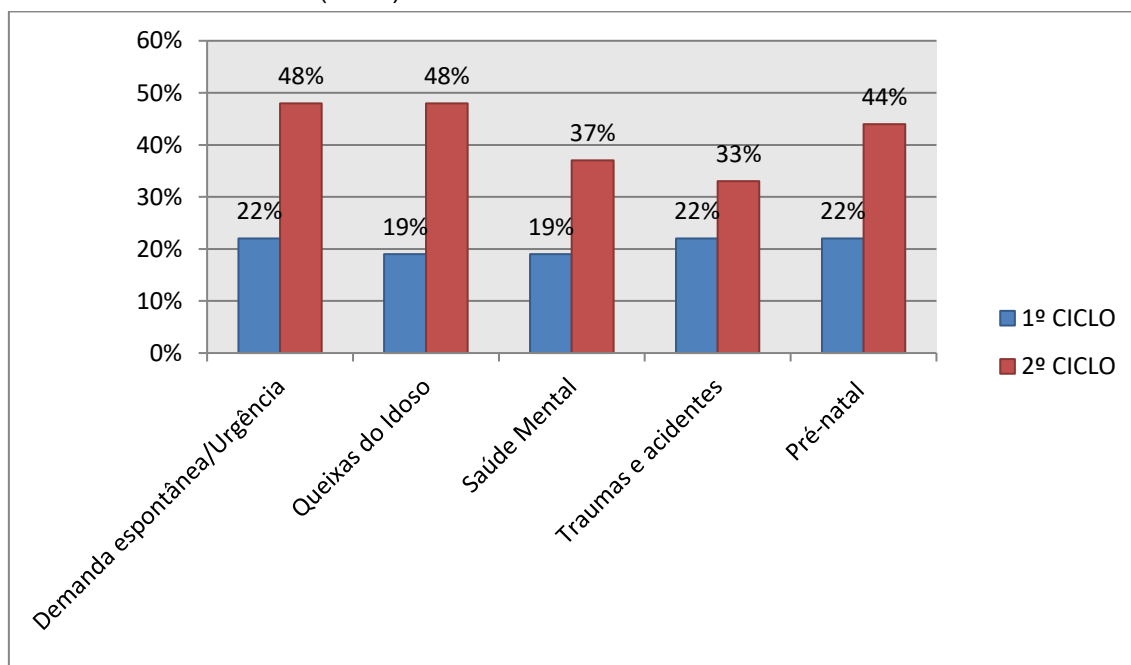
Já os cuidados continuados em saúde, se referem ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela equipe de AB, para os diversos episódios de doença e cuidados preventivos. Esta relação terapêutica é caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente, que busca resultar em diagnóstico e tratamento mais precisos, com redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

### 3.4 Uso de protocolos

O objetivo do uso de protocolos é estabelecer critérios de diagnóstico de cada doença, tratamento e monitoramento, em relação à efetividade da intervenção e à possíveis efeitos adversos e, com isso, criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. Além disso, o uso de protocolos ou diretrizes clínicas auxilia os profissionais na avaliação de casos de difícil resolução, qualificando os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

No gráfico 3, observa-se um aumento importante no uso de protocolos por parte das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, em especial quanto à demanda espontânea de urgências; traumas e acidentes; saúde do idoso; e da saúde mental e pré-natal, embora, em nenhum caso, tenha-se chegado a 50%, fato este que chama atenção, pois a implantação dessa ferramenta pode melhorar a resolutividade das equipes de AB.

**Gráfico 3** – Uso de protocolos pelas equipes. 1º e 2º do PMAQ-AB. 10ª Regional de Saúde/PR (2016).



Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. 1º e 2º ciclos, 2016.

Na AB, os protocolos devem ser adaptados, para conformarem-se às necessidades locais, pela gestão municipal, com participação dos profissionais da saúde e supervisão das Secretarias Estaduais de Saúde, e devem ser elaborados a partir de referências complementares como os manuais, guias e cadernos de AB, que orientam a conduta de equipes em todo o território nacional.

O êxito no uso de protocolos vai depender do envolvimento da equipe multidisciplinar em sua elaboração, na perspectiva de integrar os profissionais de saúde. Contudo observa-se a fragmentação dessa ação, pois há escassez de protocolos multidisciplinares, o que expressa a falta de participação efetiva das equipes na criação desses instrumentos e o predomínio do saber médico. No entanto isso não assegura a integração do trabalho em equipe, apesar de haver uma padronização como forma de organização do trabalho, deve-se cuidar para não haver a mecanização dos procedimentos e o predomínio de interesses particulares para alcançar um objetivo (PEIXOTO; BRITO, 2015).

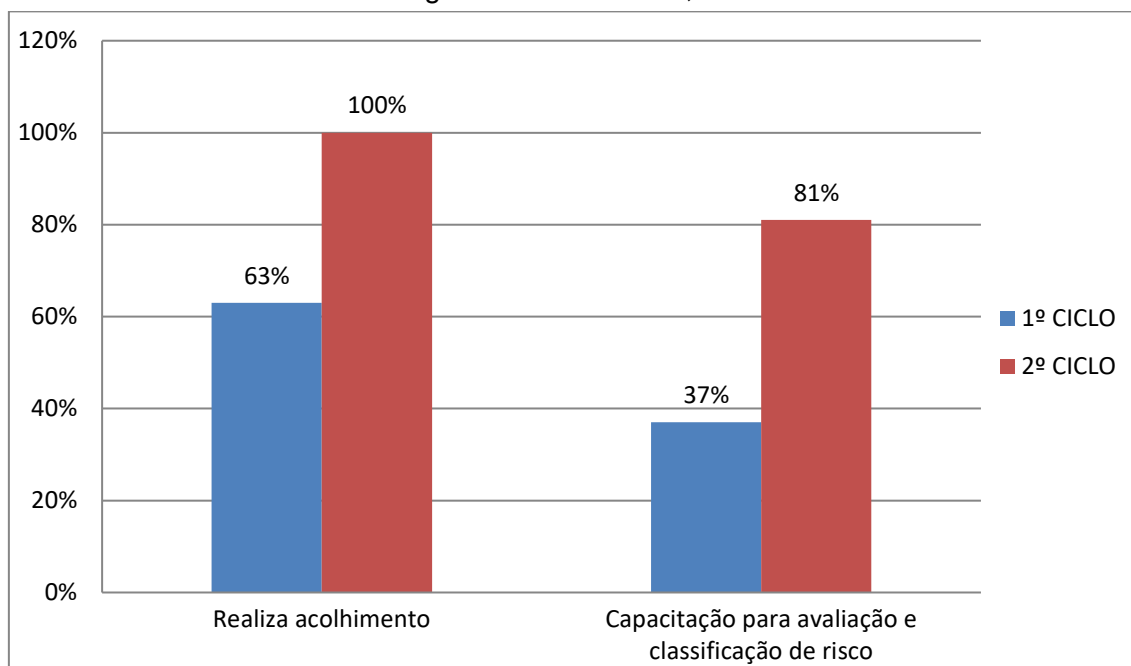
Embora os protocolos sejam importantes ferramentas para a realização do cuidado, eles não podem engessar em demasia a prática clínica. Em geral os protocolos não dão conta das especificidades de cada caso.

### **3.5 Acolhimento**

O acolhimento é um componente essencial da humanização da atenção e deve ser entendido como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2013, p. 19).

No Gráfico 4, observa-se um crescimento da prática do acolhimento, chegando a 100% no 2º ciclo. Também houve crescimento importante da capacitação para classificação de risco das equipes, de 37% para 81%. Saliente-se que, nesse aspecto, não era exigida nenhuma comprovação documental da ação.

**Gráfico 4** – Realização de acolhimento e classificação de risco. 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. 10ª Regional de Saúde/PR, 2016



**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB 1º e 2º ciclos, 2016.

Soares (2011), concluiu que, para o acolhimento ser efetivado nos serviços de saúde, é fundamental que a instituição prepare quem acolhe e defina claramente como esse processo será implantado, para melhor organizar o fluxo de atendimento das unidades.

Nas ações preconizadas para a AB é fundamental o desenvolvimento de vínculo com a equipe e a comunidade, fortalecendo o acolhimento como parte importante do processo de trabalho. O acolhimento é uma postura, que procura responder, por meio de uma escuta qualificada, as demandas dos usuários. É um dispositivo que está inserido na Política Nacional de Humanização do MS (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema (COUTINHO *et al.*, 2015).

Além de humanizar o processo de atendimento, o acolhimento propõe uma reflexão acerca do processo de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os

outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada (COUTINHO *et al.*, 2015).

### **3.6 Reunião de equipe**

A reorganização da AB tem exigido dos trabalhadores um novo perfil, com novas habilidades e competências, que contemplem o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, o compartilhamento de saberes, e a capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população.

Além de ser uma atribuição para todos os profissionais da ESF, a reunião do grupo de trabalho é o momento de abordagem de assuntos administrativos como o da organização do processo e da agenda de trabalho, da realização de diagnóstico e monitoramento do território, do planejamento das ações; momento em que, também, desenvolve-se a educação permanente, por meio, por exemplo, da discussão sobre estudos de casos, entre outros (BRASIL, 2012).

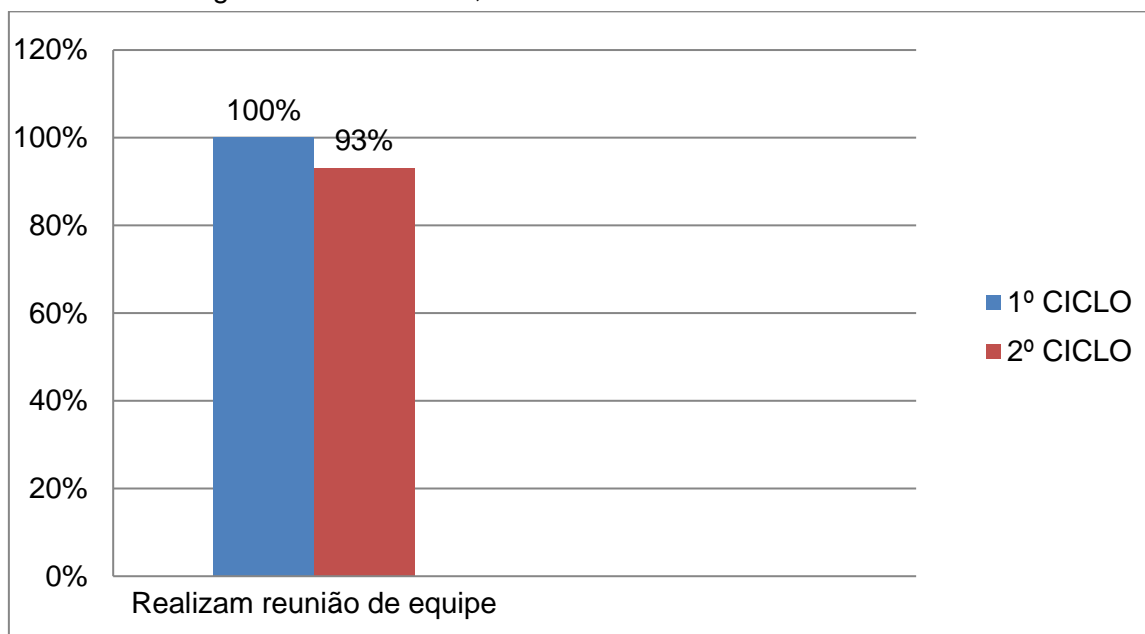
Em relação a realização de reunião, segundo o banco de dados do PMAQ-AB, no 1º ciclo todas as equipes afirmaram realizar reuniões, o que, no 2º ciclo, foi reduzido a 93%, como se apresenta pelo gráfico 5.

Porém, nas entrevistas durante a pesquisa de campo, os profissionais descreveram a frequências em que estas reuniões ocorrem, sendo que 38% afirmaram realizar semanalmente, 33% uma vez ao mês, 14% realizam a reunião de forma esporádica, 10% a cada dois meses e 5% quinzenalmente.

Das equipes que realizam a reunião semanalmente, 29% possuem permissão e apoio da gestão para fechar a unidade e desenvolver a atividade, destas, porém, apenas 5% podem parar por um período (meio-dia) na semana e 24% estão autorizadas a fecharem a unidade por apenas 2 horas/semanais. As demais (71%) não têm autorização para fechar a unidade e a reunião, quando ocorre, se dá de modo simultâneo ao atendimento ao público, o que, por consequência, exclui trabalhadores das discussões, planejamentos e decisões do grupo.



**Gráfico 5** – Realização de reuniões de equipe. 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. 10ª Regional de Saúde/PR, 2016



**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB 1º e 2º ciclos, 2016.

A falta de espaços para o exercício coletivo das equipes dificulta o amadurecimento e crescimento do grupo, além de não contribuir para a realização do trabalho interdisciplinar, educação permanente e mesmo o desenvolvimento do apoio institucional e matricial, eixos importantes do PMAQ-AB que visam ampliar a resolutividade e melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

Os depoimentos dos entrevistados também são reveladores da pouca importância dada às reuniões:

*Nós fazemos, mas não com frequência. Estamos tentando implantar agora, mas é complicado (P19).*

*Os ACS e a enfermeira, os técnicos, algumas vezes, e o médico, não. Este é convidado, mas não participa. Tem saúde bucal; não convidamos porque geralmente são temas focados (P15).*

Todos os membros da equipe de AB deveriam participar das reuniões de equipe, incluindo os de saúde bucal, pois tratar-se de padrão essencial (mínimo) cobrado das equipes de saúde bucal que realizem planejamento articulado com a equipe de AB.

A pouca valorização das reuniões, pela gestão e pelos próprios usuários, inviabiliza processos de médio e longo prazo das equipes, além de frustrar o trabalhador:

*Eu acho que assim, a gente perdeu, porque a gente realizava semanalmente, à tarde toda, e foi cortada uma parte das nossas reuniões. As reuniões agora são das 15 às 17. É pouco tempo, porque a gente não consegue fazer uma reunião; são muitas coisas para se estar discutindo (P5).*

*Uma coisa que os gestores ainda não mudaram a mentalidade, é essa questão de achar que consulta vai resolver tudo. Porque se chegar uma pessoa aqui e não tiver atendimento... Ah! O médico está ali, mas está em reunião: eles vão lá em cima, no prefeito, e ele já liga aqui e fala pro médico ir lá atender (P13).*

As reuniões de equipe favorecem o encontro dos trabalhadores, o planejamento conjunto e a instituição de mecanismos como a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que permitem a construção de condutas terapêuticas articuladas para indivíduos ou comunidade. Ou mesmo, a educação permanente da equipe, prática ausente na realidade estudada:

*Muito raro! Por enquanto não foi feito. Até umas das nossas colocações foi essa, da educação permanente (P16).*

*A nossa não, até agora, nada! Aqui do município, não. Só se vem alguma coisa da décima. Aqui a gente não faz, não faz mesmo, não adianta eu falar (P19).*

De acordo com Campos e Júnior (2014), é nas reuniões de equipe, que se desenvolve também a “gestão participativa”, ou seja, a união de ideias do coletivo de trabalhadores, que contribuem para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador.

### **3.7 Apoio institucional**

No trabalho diário, os profissionais enfrentam desafios de diferentes ordens, que podem ir desde o próprio trabalho em equipe, às demandas da comunidade, aos casos complexos, à gestão local e ao próprio planejamento das atividades. Neste sentido o apoio da instituição é fundamental como suporte. Tal suporte se dá por meio de apoiadores de diferentes áreas e/ou

setores e de diferentes instâncias de governo, como a do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, e da própria gestão municipal de saúde (CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016; MELO et al., 2016).

O apoio aos municípios, na maior parte das vezes ocorre de forma pontual, utilizando mecanismos de supervisão e fiscalização. Porém é essencial resgatar o papel das secretarias estaduais de saúde, com o propósito de contribuir na construção do SUS, com a responsabilidade que lhe compete de “prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2012. p. 31).

Na Tabela 2, observa-se uma melhora entre os ciclos, no que se refere ao apoio institucional oferecido às equipes, para o planejamento e organização do processo de trabalho, com 74% de respostas afirmativas, no 1º ciclo e com 85%, no 2º; já em relação à disponibilização de informações para a análise da situação de saúde, as respostas afirmativas passaram de 81%, no 1º ciclo, para 93%, no 2º. Contudo, observou-se piora (de 89%, do 1º para 63%, no 2º ciclo), em relação ao apoio para planejar e organizar o processo de trabalho voltado à melhoria do acesso e da qualidade da atenção.

**Tabela 2** – Ações de apoio institucional, 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB, 10ª Região de Saúde/PR, 2016.

Ação	1º CICLO			2º CICLO		
	Sim	Não	N.R.	Sim	Não	N.R.
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	20 (74%)	03 (11%)	04 (15%)	23 (85%)	04 (15%)	0 (0%)
A gestão disponibiliza para a equipe de AB informações que auxiliem na análise da situação de saúde?	22 (81%)	05 (19%)	0 (0%)	25 (93%)	02 (7%)	0 (0%)
A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-AB?	24 (89%)	02 (7%)	01 (4%)	17 (63%)	03 (11%)	07 (26%)

**Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB, 1º e 2º ciclos, 2016.

Nas entrevistas realizadas, os profissionais reconheceram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as especialidades médicas e a saúde mental como apoiadores institucionais e não matriciais:

*A gente tem o NASF, que na dificuldade a gente chama eles. Eles que estão dando esse apoio para nós (P1).*

*A gente recebeu apoio na saúde mental, com a vinda do psiquiatra (P5).*

O apoio matricial ocorre quando um profissional, que atua em determinado setor, *oferece apoio*, em sua *especialidade*, para outros profissionais. Isso objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Já o apoio institucional é importante mecanismo para o melhoramento das práticas desenvolvidas pelos profissionais, pois promove diálogos, media conflitos, amplia as possibilidades de reflexão e, com isso, traz ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a co-gestão (CAMPOS et al., 2014; MELO et al., 2016).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apontaram continuidades e mudanças na organização do processo de trabalho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Em relação à territorialização, observaram-se melhoras na população adscrita e na existência de mapa inteligente para visualização e análise do território, mas permanecem áreas descobertas próximas à unidade de saúde.

Observou-se, também, nos dados secundários, importante avanço na implementação da agenda programada, especialmente em relação ao pré-natal, atenção integral à criança, cuidados continuados, hiperdia e visita domiciliar, avanços esses, resultantes das prioridades da AB e da criação das redes de atenção à saúde.

O uso de protocolos, entretanto, apresentou-se como instrumento pouco valorizado pelos participantes, com menos de 50% de adesão em qualquer das situações/áreas investigadas. Da mesma forma, o monitoramento de indicadores merece maior atenção por parte das equipes e da gestão. Ressalte-se, ademais, a importância de se conhecerem os indicadores que são avaliados no âmbito do PMAQ-AB.

Outro dado positivo apontado foi o da realização do acolhimento aos usuários por 100% das equipes, no 2º ciclo, se bem que apenas 81% afirmaram ter recebido capacitação para efetuar essa conduta, inserida na Política Nacional de Humanização e que visa contribuir para a implementação dos princípios do SUS.

Quanto à realização de reuniões, tanto no banco de dados, quanto na pesquisa de campo, observou-se pouca valorização dessa atividade por trabalhadores, usuários e gestões.

Da mesma forma, os dados acerca do planejamento melhoraram nas respostas do banco de dados, mas a pesquisa de campo revelou que essa não é uma prática regular. Necessita-se reconhecer o AMAQ, portanto, como ferramenta para o planejamento local, o que implica mudanças no processo de autoavaliação, que deve deixar de ser uma formalidade *instituída* para a certificação do PMAQ-AB e passar a ser um processo *instituinte* do trabalho em equipe.

Importante também é esclarecer as equipes de AB sobre o que são os mecanismos de apoio institucional e matricial, pois parte dos entrevistados entende ser institucional o que, ao contrário, é matricial e isso pode acarretar consequências, como a ausência desses apoios em suas práticas cotidianas.

Por fim, sugerem-se, mais estudos, em outras regiões do País, que comparem os dados secundários (banco de dados do PMAQ-AB) com pesquisas de campo, capazes de identificar em que medida os dados da avaliação externa do Programa podem contribuir para análises sobre a realidade da AB em nosso País e de levantar questões sobre temas que necessitam de maior investimento por parte dos formuladores das políticas de saúde. Além disso, para que a avaliação externa seja instrumental, é

importante que os instrumentos de coleta de dados não sofram mudanças, que inviabilizem a utilização dos dados para análise dos processos de mudanças, entre os diferentes ciclos.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. v. 1, n. 28. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Jun. 2017.

\_\_\_\_\_; FIGUEIREDO, M. A. D.; JÚNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, p. 983-995, 2014.

\_\_\_\_\_; PEREIRA JÚNIOR, N. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Revista Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na atenção primária à saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

COSTA, S. M.; MEDEIROS, A. B.; DIAS, A. C. A.; SILVA, J. R. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. S. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Revista Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 2, n. 49, p. 66-74, 2013.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde**. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de

Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008. Acesso em 22 ago. 2017. Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\\_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\\_12465.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf)>.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr/jun, 2015.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

GOLDSTEIN, R. A.; BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; GRACIE, R.; VIACAVAL, F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.

MELO, L. M. F.; MARTINIANO, C. S.; GUIMARÃES J.; SOUZA, M. B.; ROCHA, P. M. Análise das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 8-22, 2016.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1053-1064, out-dez, 2015.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L. e KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SOARES, T. A. **Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão da literatura**. 2011. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí, MG, 2011. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3387.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2014.



VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, 2008.

VIANA, D. M.; ARAÚJO, R. S.; VIEIRA, R. M.; NOGUEIRA, C. A.; OLIVEIRA, V. C.; RENNÓ, H. M. S. A Educação Permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, mai/ago, 2015.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**Título do Projeto:** A Contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

**Pesquisador responsável:**

Mestranda Francielle Regina Bertusso. E-mail: [franbertusso@hotmail.com](mailto:franbertusso@hotmail.com)  
Telefone: (45) 9-9816-3189 / (45) 3232-2003

**Orientadora:** Maria Lucia Frizon Rizzotto. E-mail: [frizon@terra.com.br](mailto:frizon@terra.com.br)

Convido **você** a participar de pesquisa, que tem por objetivo geral, analisar as possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes da ESF que participaram do primeiro e do segundo ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pertencentes a municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. Seus objetivos específicos são: a) identificar continuidades e mudanças nos dados das avaliações externas das 31 equipes dos municípios da 10ª RS do Paraná que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB; b) analisar como as equipes estudadas entenderam e atuaram nas diferentes fases do PMAQ-AB (adesão e contratualização, avaliação externa e recontratualização); e c) identificar como as equipes avaliam a contribuição do Programa para a mudança na organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, na atenção prestada aos usuários na Atenção Básica à saúde.

Para isso, será realizada uma entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas, para a qual solicitamos sua autorização para realizarmos gravação em áudio, de forma a permitir a transcrição e posterior análise. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos e as divulgações dos resultados do estudo manterão o sigilo dos sujeitos e das instituições envolvidas. Todo o material será utilizado apenas nesta pesquisa e ficará sob o poder do pesquisador por um período de 5 anos, após o qual serão inutilizados e descartados.

Durante a execução do projeto e a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar dessa pesquisa e não receberá pagamento por sua participação. Os riscos a que você está exposto, nesta pesquisa, se referem ao seu possível constrangimento para responder às questões da entrevista semiestruturada. Os benefícios relacionados com a sua participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa analisar a contribuição do PMAQ-AB nas unidades de Saúde da Família, nos municípios da 10ª RS, que participaram do 1º e 2º ciclos do Programa.

Para questionamentos, dúvidas, relatos de algum acontecimento ou maiores informações, as pesquisadoras poderão ser contatadas a qualquer momento, através dos telefones e e-mails que se encontram neste documento.

Você receberá uma cópia deste Termo, no qual constam os e-mails das pesquisadoras e do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste, para que você possa, sempre que quiser, solicitar mais informações sobre a pesquisa.

1) TERMO DE ACEITE DO ENTREVISTADO:

Após receber os esclarecimentos acima, declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do sujeito participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito participante: \_\_\_\_\_

2) Eu, Francielle Regina Bertusso, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou ao seu responsável.

Nome do pesquisador: Francielle Regina Bertusso

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

**Francielle Regina Bertusso**, e-mail: franbertusso@hotmail.com  
Telefone: (45) 9-9816-3189 / (45) 3232-2003.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE  
**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**  
Rua Universitária, 2069. Bairro: Jardim Universitário. CEP: 85819-110  
2º piso da Biblioteca Central – Campus de Cascavel  
Telefone: (45) 3220-3272 – email: cep.prppg@unioeste.br

Comitê de Ética em Pesquisa UNIOESTE Aprovado em 19/05/16 Nº do Parecer: 1.567.494
---

Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Instrumento para a coleta de dados da pesquisa de campo

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta unidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Função na USF: \_\_\_\_\_

Coordenador: \_\_\_\_\_

O PMAQ-AB é composto por três fases: adesão e contratualização, avaliação externa e recontratualização, e por um eixo transversal de desenvolvimento. Vou fazer algumas perguntas sobre a fase de adesão e contratualização, e sobre o desenvolvimento.

Sobre a primeira fase de adesão da equipe ao Programa:

1. Como vocês foram informados sobre a participação/adesão da equipe no PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica)?
2. Houve mudanças do primeiro para o segundo ciclos, em relação ao processo de adesão?
3. Sobre o PMAQ-AB, você considera que a equipe: conhece bem( ) conhece pouco( ) conhece muito pouco( ) ou a equipe no geral não sabe o que é o PMAQ-AB( )?

Quando o município adere ao PMAQ-AB, ele contratualiza indicadores de saúde a serem cumpridos pelas equipes, os quais farão parte da avaliação final da equipe.

4. Você sabe se houve mudança nos indicadores do primeiro para o segundo ciclos? Se sim, o que mudou?
5. Você poderia listar os indicadores que o município contratualizou/pactuou no último ciclo?

Sobre o eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional, gostaria de saber:

6. Sua equipe realizou a Autoavaliação? Se sim, qual instrumento vocês utilizaram? No primeiro ciclo \_\_\_\_\_ e no segundo ciclo \_\_\_\_\_.
7. Como foi realizada a autoavaliação? (A coordenação preencheu o instrumento? Em reunião da equipe? Quais membros participaram?)

8. Você acha que houve alguma mudança no processo de autoavaliação da equipe do primeiro para o segundo ciclo? Se sim, o que mudou?
9. A equipe continua utilizando os instrumentos para fazer autoavaliação? Se sim, com que periodicidade faz a autoavaliação?
10. A equipe monitora os indicadores pactuados? Se sim, de que forma vocês fazem o monitoramento?
11. A equipe recebe informações da Secretaria para monitorar os indicadores? De que forma chegam as informações até a equipe?
12. A equipe tem registros próprios documentados? Que tipo de registros a equipe possui?
13. Houve alguma mudança na forma de registro do trabalho da equipe, após a adesão ao PMAQ-AB? Se sim, o que mudou?
14. Você acha que houve alguma mudança no processo de monitoramento dos indicadores de saúde, por parte da equipe, após adesão ao PMAQ-AB? Se sim, o que mudou?
15. Vocês realizam reunião de equipe? (  ) SIM (  ) NÃO
16. Se SIM, com que periodicidade: (  ) Semanal (  ) Quinzenal (  ) Mensal (  ) Outra \_\_\_\_\_
17. Quais profissionais participam: (  ) Médico (  ) Enfermeiro (  ) Cirurgião-dentista (  ) Auxiliar/técnico de enfermagem (  ) Auxiliar/técnico de saúde bucal (  ) ACS (  ) Outro \_\_\_\_\_
18. O que é discutido nas reuniões da equipe? (casos graves, relacionamento da equipe, repasse de informações, planejamento das atividades, avaliação, agenda compartilhada...)
19. Você acha que houve alguma mudança nas reuniões da equipe, após adesão ao PMAQ-AB? Se sim, o que mudou?
20. A equipe realiza planejamento das suas atividades? Se sim, quem participa do planejamento? (membros da equipe, usuários, representante da Secretaria...)
21. Em que momento é feito o planejamento?
22. Você acha que houve alguma mudança no processo de planejamento da equipe, após adesão ao PMAQ-AB? Se sim, em sua opinião, o que mudou?
23. A equipe recebe apoio institucional para ajudar na solução dos problemas da equipe? (  ) SIM (  ) NÃO
24. Se SIM, em geral, para qual tipo de problemas? Quem faz esse apoio? De que forma? Com qual periodicidade?
25. Você acha que houve alguma mudança no apoio recebido pela equipe, após adesão ao PMAQ-AB? Se sim, em sua opinião, o que mudou?

26. A educação permanente é um dos componentes da fase de desenvolvimento. Pergunto: a equipe realiza educação permanente? ( ) SIM ( ) NÃO
27. Se SIM, quem define o que deve fazer parte da educação permanente da equipe?
28. Como é realizada a educação permanente? Em que momentos?
29. Você acha que houve alguma mudança na forma ou no conteúdo da educação permanente, após adesão ao PMAQ-AB? Se sim, em sua opinião, o que mudou?
30. Houve investimentos na infraestrutura da unidade? Ou na aquisição de equipamentos com os recursos do Programa? Se sim, o que foi investido no primeiro ciclo? E no segundo ciclo?
31. Os membros da equipe recebem algum tipo de incentivo financeiro em função da adesão ao PMAQ-AB? Se sim, desde quando? Qual o valor?
32. Vocês tiveram acesso ou foram informados sobre o resultado da avaliação e do conceito que receberam do PMAQ-AB? ( ) SIM ( ) NÃO.
33. Se sim, como foi no primeiro ciclo? E no segundo ciclo?
34. Como a equipe reagiu ao primeiro ciclo? E ao segundo ciclo?
35. Como você avalia o Programa, considerando-se o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção Básica?
36. O que você acha que deve ser feito para que a equipe compreenda melhor o Programa?
37. Você gostaria de falar algo mais sobre o PMAQ-AB?

## ANEXO

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA, NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisador:** Francielle Regina Bertusso

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55126116.1.0000.0107

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.567.494

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa utiliza tanto a abordagem quantitativa como a qualitativa. A pesquisa será desenvolvida em quinze municípios da 10ª Região de Saúde do Paraná, onde atuam as 31 equipes que realizaram avaliação externa no primeiro e segundo ciclo do PMAQ.

##### Objetivo da Pesquisa:

Analisar as possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes da ESF que participaram do primeiro e do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), pertencentes a municípios da 10ª Região de Saúde do Paraná.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios superam os riscos.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com mérito acadêmico.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados, segundo o que fora solicitado em parecer anterior.

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.567.494

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_660593.pdf	12/05/2016 11:22:39		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/05/2016 15:50:39	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	09/03/2016 14:48:12	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documento1.pdf	09/03/2016 14:45:52	Francielle Regina Bertusso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONCENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	07/03/2016 16:49:16	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	07/03/2016 16:46:05	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	07/03/2016 16:41:37	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_do_responsavel.jpeg	07/03/2016 16:28:51	Francielle Regina Bertusso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	07/03/2016 11:24:24	Francielle Regina Bertusso	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: UNIVERSITARIA  
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110  
 UF: PR Município: GASCVEL  
 Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prrpg@unioeste.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.567.494

CASCADEL, 31 de Maio de 2016

Assinado por:

João Fernando Christofoletti  
(Coordenador)

Prof. Dr. João Fernando Christofoletti  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa com Seres Humanos  
Portaria nº 5387/2012 - GRE

impresso na UNIVERSIDADE - pporo.costa /  
impresso na UNIVERSIDADE - joao.christofoletti

Endereço: UNIVERSITARIA  
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110  
UF: PR Município: CASCADEL  
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br